

Univerzita Karlova v Praze
Pedagogická fakulta
Katedra speciální pedagogiky

RIGORÓZNÍ PRÁCE

Rozvoj komunikace u dětí s poruchami autistického spektra

Development of communication for the children with autistic spectrum disorders

Mgr. Zuzana Králová (rozená Vlašánková)

Vedoucí práce: doc. PaedDr. Jiřina Klenková, Ph.D.

Studijní program: Speciální pedagogika

Studijní obor: Speciální pedagogika

2016

Prohlašuji, že jsem rigorózní práci na téma Rozvoj komunikace u dětí s poruchami autistického spektra vypracovala pod vedením vedoucího práce samostatně za použití v práci uvedených pramenů a literatury. Dále prohlašuji, že tato práce nebyla využita k získání jiného nebo stejného titulu.

Praha, 28.4.2016

.....

Touto cestou bych ráda poděkovala doc. PaedDr. Jiřině Klenkové, Ph.D. za odborné metodické vedení rigorózní práce a za poskytnuté rady. Dále děkuji všem, jež mi umožnili získávat potřebné informace k tématu práce.

Zuzana Králová

NÁZEV: *Rozvoj komunikace u dětí s poruchami autistického spektra*

AUTOR: *Mgr. Zuzana Králová*

KATEDRA: *Katedra Speciální pedagogiky*

VEDOUCÍ: *doc. PaedDr. Jiřina Klenková, Ph.D.*

Abstrakt:

Předkládaná práce se zaměřuje na problematiku rozvoje komunikace u dětí s poruchami autistického spektra. Konkrétněji bylo cílem práce a výzkumného projektu analyzovat rozvoj komunikace u dětí s poruchou autistického spektra v rámci klinické logopedie. K tomuto účelu bylo vytyčeno pět hypotéz týkajících se klientely s PAS, míry informovanosti o dané problematice, počtu dětí s určitou diagnostickou kategorií, interdisciplinární spolupráce a využití alternativní a augmentativní komunikace. Vlastní výzkum je realizován dvěma způsoby – kvantitativním pomocí dotazníku klinickým logopedům a kvalitativním, který je zaměřen na vyhodnocení logopedické intervence u klientů s PAS v ordinaci klinické logopedie. Při zpracování byly využity techniky analýza dokumentů, analýza výsledků činnosti, rozhovor s rodiči a třídními učiteli a pozorování.

Cílem rigorózní práce je zjistit stav logopedické intervence u klientů s PAS v klinické logopedii a ukázat, jakou formou mohou být terapie vedeny.

Klíčová slova:

komunikace, pervazivní vývojové poruchy, poruchy autistického spektra, alternativní a augmentativní komunikace, klinická logopedie

TITLE: *Development of communication for the children with autistic spectrum disorders*

AUTHOR: *Mgr. Zuzana Králová*

DEPARTMENT: *Special Education*

SUPERVISOR: *doc. PaedDr. Jiřina Klenková, Ph.D.*

Abstract

The present thesis deals with the issue of development of communication for the children with autistic spectrum disorders. The paper and the research project particularly aim to analyse a development of communication for the children with autistic spectrum disorders from the view of clinical speech-language pathology. To carry out the research, five hypotheses were suggested. The hypotheses relate to clients with an ASD, to what extent specialists are informed about the issue, number of children with definite diagnostic category, interdisciplinary co-operation and use of alternative and augmentative communication. The research itself is realised in two ways – the quantitative one (questionnaires distributed to clinical speech-language pathologists) and the qualitative one which focuses on the evaluation of speech-language intervention for clients with ASD in the consulting room of clinical speech-language pathologists. The following techniques were included in the research: analysis of documents and results of activities, talks to parents and class teachers and monitoring.

The primary goal of the thesis is to assess the current state of speech-language intervention for clients with ASD from the view of the clinical speech-language pathology and also to show in what ways therapies can be led.

Key words:

communication, pervasive developmental disorders, autism spectrum disorders, alternative and augmentative communication, clinical speech-language pathology

Obsah

1	Úvod.....	9
2	Teoretická část práce.....	11
2.1	Teoretická východiska	11
2.1.1	Vymezení základních termínů z oblasti komunikace	11
2.1.2	Vývoj řeči – stadia v ontogenezi lidské řeči.....	13
2.1.3	Narušená komunikační schopnost	16
2.1.4	Logopedická intervence.....	18
2.2	Poruchy autistického spektra.....	22
2.2.1	Terminologické vymezení poruch autistického spektra	22
2.2.2	Historický vývoj názorů na danou problematiku	23
2.2.3	Definice poruch autistického spektra	25
2.2.4	Klasifikace poruch autistického spektra	26
2.3	Symptomatologie a diagnostika poruch autistického spektra	31
2.3.1	Specifické symptomy	31
2.3.2	Nespecifické symptomy	34
2.3.3	Diagnostika poruch autistického spektra	35
2.4	Komunikace osob s poruchami autistického spektra	38
2.4.1	Narušená komunikační schopnost u osob s PAS.....	38
2.4.2	Verbální komunikace.....	39
2.4.3	Neverbální komunikace	44
2.4.4	Systémy alternativní a augmentativní komunikace	46
3	Praktická část práce.....	50
3.1	Logopedická intervence u osob s poruchami autistického spektra	50
3.1.1	Cíle výzkumného projektu, metodologie.....	50
3.1.2	Charakteristika výzkumného vzorku	52
3.1.3	Vlastní šetření	53
3.1.4	Závěr šetření	107
3.1.5	Doporučení pro praxi.....	112
4	Závěr	114
5	Seznam použitých informačních zdrojů.....	116

6	Seznam použitých tabulek, grafů a obrázků	126
7	Seznam zkratek	129
8	Přílohy	130

1 Úvod

Rigorózní práce se zaměřuje na problematiku rozvoje komunikace dětí s poruchami autistického spektra. Po absolvování vysoké školy jsem začala působit v ordinaci klinické logopedii a mezi klienty patřily také děti s PAS. Ze začátku jsem si s nimi nevěděla rady, necítila jsem se dost kompetentní vést terapie. Proto jsem se rozhodla o napsání rigorózní práce o dané problematice, čímž jsem si spoustu věcí uvědomila a práce s dětmi s PAS mi najednou přijde jednodušší. Naučila jsem se s nimi „komunikovat“, pracovat a rozvíjet je. Nyní se cítím při terapiích jistější a vše, co dělám, si umím obhájit. Snad má práce bude sloužit jako inspirace dalším kolegům, kteří se setkali s podobným problémem jako já.

Hlavním cílem rigorózní práce a výzkumného projektu bylo analyzovat rozvoj komunikace u dětí s poruchou autistického spektra v rámci klinické logopedie. K tomuto účelu bylo vytyčeno pět hypotéz, první se týkala počtu klientů s diagnózou PAS v ordinacích klinických logopedů ve Středních Čechách a v Praze; druhá komparace kompetencí klinických logopedů, kteří mají praxi v oboru méně či více než 10 let; třetí výskytu nejčastější diagnózy v ordinacích klinické logopedie; čtvrtá interdisciplinární spolupráce a pátá využívání alternativní a augmentativní komunikace v klinické logopedii.

Práce je rozdělena do dvou částí, teoretické a praktické. *Teoretická část* je rozdělena na čtyři kapitoly. V kapitole první jsou stanovena teoretická východiska komunikace jako takové. Kapitola se zabývá vymezením základních pojmů z oblasti komunikace, vývojem řeči, narušenou komunikační schopností a logopedickou intervencí obecně. Ve druhé kapitole jsou zpracovány poruchy autistického spektra, konkrétněji terminologie, historie, definice a klasifikace PAS. Třetí část podrobněji analyzuje symptomatologii, specifické a nespecifické symptomy, diagnostiku a diferenciální diagnostiku PAS. V závěru teoretické části je zpracována komunikace osob s poruchami autistického spektra. Kapitola se konkrétněji zaměřuje na narušenou komunikační schopnost u osob s PAS, verbální a neverbální komunikaci, alternativní a augmentativní komunikační systémy a podrobněji rozepisuje komunikační systém VOKS (výměnný obrázkový systém).

Praktická část je složena ze dvou částí. První výzkumné šetření je zpracováno s využitím metody kvantitativního výzkumu za využití dotazníkové metody. Jedná se o anonymní dotazník vlastní konstrukce, který je sestaven tak, aby měl výpovědní hodnotu k již výše zmíněným zvoleným hypotézám. Dotazník byl zaslán klinickým logopedům ve Středočeském kraji a v Praze. Druhé výzkumné šetření je zpracováno metodou kvalitativního výzkumu. Zaměřen je na vyhodnocení logopedické intervence u klientů s PAS v ordinaci klinické logopedie a celkovém rozvoji komunikace u osob s touto diagnózou. Při zpracování byly využity techniky analýza dokumentů, analýza výsledků činnosti, rozhovor s rodiči, třídními učiteli a pozorování.

Cílem rigorózní práce je zjistit možnosti rozvoje komunikace u dětí s PAS a ukázat, jakou formou mohou být vedeny terapie v ordinaci klinické logopedie.

2 Teoretická část práce

2.1 Teoretická východiska

Komunikace a řeč je nezbytnou součástí života náš všech. Díky ní lidé přežívají ve světě plném informací a dodává jim pocit bezpečí a jistoty. Komunikace není ovšem jen lidská vlastnost, určitým způsobem spolu komunikují i jiní živočichové. Ale u člověka komunikace dosáhla nejvyšší úrovně, zatímco nižší živočichové ji využívají k vyhledávání potravy a zachování rodu. Z tohoto pohledu se jedná o výtvar společenský.

2.1.1 Vymezení základních termínů z oblasti komunikace

Význam slova „komunikace“ nalezneme původně v latinském *communicare*, což znamená informovat, oznamovat, radit se s někým, sdílet. Sovák (1984) vychází z latinského *communis*, což značí společný, obecný. Význam slova komunikace nemá v odborné literatuře jednotnou definici – vyskytuje se v matoucí rozmanitosti interpretací; jedna jediná, všeobecně akceptovaná a vše podstatné obsahující definice neexistuje a zřejmě to ani není možné.

Klenková uvádí (2006, s. 25), že komunikace je obecně lidská schopnost užívat výrazové prostředky k vytváření, pěstování mezilidských vztahů a jejich udržení. „*Komunikace významně ovlivňuje rozvoj osobnosti, je důležitá v mezilidských vztazích, je prostředkem vzájemných vztahů.*“ Dále autorka uvádí, že abychom správně procesu komunikace porozuměli, musíme znát její základní stavební prvky: prvním prvkem je **komunikátor** (mluvčí, osoba sdělující např. novou informaci); druhým je **komunikant** (naslouchající, příjemce informace, který na ni určitým způsobem reaguje); třetím prvkem je **komuniké** (obsah sdělení, nová informace); a posledním prvkem je **komunikační kanál** (tím se sdělení přenáší, je to tzv. podmínka úspěšné výměny informací). Efektivita komunikace je možná pouze v případě, je-li bezbariérová (bez překážek) a kongruentní (shodná).

Lejska (2003) uvádí, že každý jedinec potřebuje určitým způsobem vyniknout (seberealizovat se) a rozvíjet v sobě pocit sounáležitosti. Dále autor uvádí, že komunikace je instinkt, se kterým se živá bytost již narodí. Komunikace je vrozená

schopnost, kterou je potřeba během života rozvíjet a podle již zmíněného autora neexistuje živá bytost, která by neměla potřebu komunikovat.

Gavora (2005) komunikaci vymezuje dle níže zmíněných hledisek: dorozumívání se, sdělování a výměnu informací. **Dorozumívání**, neboli pochopení se vyjadřuje shodu myšlenek, ale také přenos, společenství a participace. Z výše uvedeného vyplývají následující podmínky komunikace: aby si lidé rozuměli, mluvili jedním jazykem, hovořili o jedné věci a tím dosáhli myšlenkového souladu. **Sdělování** je o podávání poznatků, informování, obeznámení se se svými postoji, názory či pocity. Ke sdělování je nutný partner, druhá osoba, která je adresátem, tzn. Tato osoba je o něčem informována, poučována, apod. Komunikace je tedy **výměna informací** mezi lidmi. Proces komunikace probíhá dle autora (2005, s. 9) tak, že: *„jeden komunikující vyšle informaci, druhý ji přijme, následně si vzájemně úlohy vymění, informaci vyšle druhý komunikující a první ji přijímá.“* Komunikace slouží k obousměrnému předávání, přijímání, dekodování a porozumění určitým informacím v průběhu vzájemného setkání – tzv. dialog. V běžném životě se vyskytují situace, ve kterých hovoří jen jeden člověk a ostatní mu pouze naslouchají (např. přednáška, kázání). Bondy, Frost (2007) zjednodušeně popisují komunikaci jako čin, jímž sdělujeme myšlenku nebo pocit. Ve skutečnosti lidé nejdříve mají myšlenky a pocity, a až poté je vyjadřují prostřednictvím svého jazyka. Když někoho posloucháme, zachytíme jen vyřčená slova, nemáme žádné přímé spojení s myšlenkami druhé osoby. Odehrává-li se interakce mezi intaktní osobou a dítětem s vážným komunikačním problémem, máme o to menší šanci proniknout do toho, co si dítě opravdu myslí nebo co cítí.

Nezbytnou součástí komunikace je řeč, jazyk a mluva (popř. promluva). Jak uvádí Klenková (2006), **řeč** je specificky lidskou schopností, která nám vrozená není, ale na svět si přinášíme určité dispozice, které se rozvíjí až při verbálním styku s mluvícím okolím. Nováková (1999) definice pro řeč je následující: *„je to obecně lidská vlastnost, pomocí zvukového, písemného nebo nějakého jiného kódu předávat smysluplné informace, které jedinec dekoduje.“* Šlapal (2002) ji spojuje se vznikem II. signální soustavy a současně odlišuje řeč zevní a vnitřní. Zevní řeč je charakterizována schopností člověka užívat sdělovacích prostředků vytvářených mluvidly; souvisí s hlavovými nervy ovlivňujícími mluvidla (zejména s IX., X.). Vnitřní řeč je rozuměno vyjádření, uchování a chápání myšlenek pomocí slov, a to nejen verbálně, ale i graficky (četba, písmo). Neubauer (2010, s. 10) uvádí, že: *„řeč je praktickou zvukovou realizací jazyka, zahrnuje motorické činnosti jako dýchání, fonaci (tvorbu hlasu), artikulaci (tvorbu*

hlásek) v oblasti artikulačních orgánů neboli mluvidel.“. Klenková (2006, s. 27) vymezuje, že „...**jazyk** je soustava zvukových a druhotných dorozumívacích prostředků znakové povahy, schopná vyjádřit veškeré vědění a představy člověka o světě a jeho vlastní vnitřní prožitky.“ Výše zmíněné poznatky je možno shrnout do sdělení, že řeč je výkonem **individuálním** a jazyk je jevem a projevem **společenským**.

Novák (1999) definuje mluvu (promluvu) tak, že: „**mluva** nebo **promluva** je jazykový projev v určitém okamžiku. Liší se tím, kdo mluvu produkuje, Jiná je mluva herce na jevišti a jiná mluva prodavače na tržišti.“

Z komunikačního hlediska se řeč prolíná ve dvou složkách: expresivní (realizace) a receptivní (rozumění, vnímání) (Vitásková, 2005; Lejska, 2003). Charakter řeči ovlivňuje řada faktorů: věk, inteligence, vzdělání, zkušenosti, cvičení, sociální prostředí, ale také aktuální psychický stav či únava.

2.1.2 Vývoj řeči – stadia v ontogenezi lidské řeči

Jak uvádí Klenková (2006, s. 32): „pro logopedickou praxi je nesmírně důležité znát vývoj řeči u zdravých dětí. Tyto znalosti jsou nezbytné při rozvíjení komunikačních schopností dětí, u nichž se vyskytují nějaké obtíže v komunikačních schopnostech.“

Jednou z pozoruhodných schopností lidí je právě schopnost řečové komunikace. Vývoj této schopnosti patří v rámci ontogeneze člověka k takovým, které mají nejprudší vývoj. Klíčové období, kdy probíhá osvojování mluvené řeči, je do 6. roku života (přičemž těžištěm je 3.-4. rok, kdy je tempo vývoje nabírá nejrychlejšího charakteru). Jak uvádí Lejska (2003), na vývoji řeči se podílí mnoho faktorů, mezi které řadíme: vnitřní zděděné faktory, podněty (zrakové, sluchové i hmatové), složitý komplex podmíněných reflexů a v neposlední řadě vyspívání nervové soustavy.

Podle Jedličky (2007) je pro správný řečový vývoj potřeba zachovat a splnit následující podmínky: nepoškozená centrální nervová soustava; normální intelekt; normální sluch; vrozená míra nadání pro jazyk; adekvátní sociální prostředí (stimulace k řeči). Neubauer (2010) ale poukazuje na to, že vztahy mezi těmito oblastmi a řečí nejsou dodnes uzavřeny.

V literatuře nacházíme několik způsobů popisu a třídění stádií dětské řeči (např. chronologické: podle jednotlivých vývojových etap; lingvistické: podle jazykových rovin) I přes rozdílnost v daném dělení způsobené většinou odborným zaměřením autorů se ve většině případů shodují na základním členění do dvou období, přípravného (neverbální,

předřečové) a vlastního vývoje řeči (verbální). Sovák (1989) dělí **předběžná stadia vývoje řeči** na stadium křiku; stadium křiku s citovým zabarvením; stadium pudového žvatlání; stadium napodobovacího žvatlání; stadium napodobování a modulační faktory, které jsou předstupněm vývoje řeči a **stadia vývoje vlastní řeči** na stadium rozumění řeči; stadium emocionálně volní; stadium reprodukování asociací; zobecňování transferem; stadium logických pojmů a intelektualizace řeči.

Lechta (2003) vývoj řeči orientačně rozdělil na 5 vývojových stádií podle možného dosažení úrovně ontogeneze řeči na: období **pragmatizace** (asi do 1. roku života); období **sémantizace** (1. až 2. rok života); období **lexémizace** (2.-3. rok života); období **gramatizace** (3.-4. rok života) a období **intelektualizace řeči** (po 4. roce života).

Dělení podle Lejsky (2003) z hlediska foniatrického je následující: období **novorozeneckého křiku** (0.-7. týden života); období **broukání** (7.-16. týden); období **žvatlání** (16. týden-9. měsíc); období **rozumění řeči a napodobování** (9. měsíc-1 rok); období jednoslovných vět (1.-1,5 roku); období segmentace (1,5-2 roky); období **lexémizace** (2.-3. rok); období **gramatizace** (3.-4. rok) a období **intelektualizace řeči** (4.-6. rok). Období intelektualizace se následně zdokonaluje a prohlubuje celý zbytek života.

Vývoj řeči dítěte začíná již v děloze matky a projevuje se tzv. „nitroděložním kvílením“, polykacími pohyby, dumláním palce a „naladěním sluchu“ na zvuky řeči. Jedná o **přípravná (předřečová) stadia** vývoje řeči probíhající přibližně do 1. roku věku dítěte. Zde je zařazeno osvojování zručnosti a návyků, na jejichž základě později vzniká skutečná řeč. Zde řadíme novorozenecký (neboli kojenecký) **křik**. Jde o první řečový projev bezprostředně po narození dítěte až do doby, kdy se začíná měnit v melodičtější zvukovou podobu dětské řečové produkce. Zpočátku vývoje křikem dítě vyjadřuje pouze nespokojenost a nelibé pocity pomocí tvrdého hlasového začátku. Melodická variace křiku není příliš bohatá, ale poměrně brzy začíná nabírat formantovou strukturu. Kolem 8.-10. týdne následuje tzv. období **broukání**, které postupně přechází do období **žvatlání**. Jedlička (2007, s. 94) uvádí, že: „*v této fázi řečového vývoje jsou produkovány zvuky výsledkem „hry s mluvidly“ – nejprve se objevují ty, jež vznikají na rtech a mezi kořenem jazyka s patrem (tytéž skupiny svalů, které dítě používá při sání). Vyvíjí se akusticko-fonační reflex. V této době nabírá zvukový projev dítěte bohatou melodičnost.*“ Kolem 10. měsíce můžeme evidovat začátky rozvoje pasivní slovní zásoby – období rozumění řeči neboli porozumění řeči

dospělých. Nejprve se rozumění týká suprasegmentální složky, což znamená, že dítě obsah sdělení diferencuje podle zabarvení v hlase, melodie či přízvuku, protože ještě nechápe obsah slov, která slyší. (Lechta, 1988)

Vlastní vývoj řeči v pravém slova smyslu bývá zahájen přibližně okolo 1. roku života. Dítě začíná využívat slova k vyjádření svých potřeb a přání. Počátečním obdobím vlastního vývoje řeči je **stadium emocionálně-volní**. Užívá při tom svůj první skutečný verbální projev a objevuje mluvení jako činnost. Vyjadřuje se pomocí jednoslovných vět, kde jedno slovo nese význam celé věty. První slova dítěte jsou jednoslabičná, postupem času dvou- i víceslabičná a jsou spojena s konkrétními osobami a věcmi. Mezi 1,5-2. Rokem nastupuje období, které je nazýváno **egocentrické stadium** vývoje řeči, kdy dítě napodobuje dospělé, ale také si samo opakuje slova. (Holmanová, 2007) Slova nabývají funkci pojmenovávající v dalším stadiu – **asociačně-reprodukčním**. Slova a výrazy, které dítě slyšelo ve spojitosti s určitými jevy, přenáší na jevy analogické. Mezi 2.-3. rokem začíná dítě skloňovat, časovat a ohýbat slova - dochází k prudkému rozvoji řeči komunikační. Pomocí řeči se učí dosahovat různých drobných cílů, „manipuluje“ s dospělými, což se jim líbí a stále častěji se s dospělými snaží komunikovat. „*Myšlení začíná být verbální a řeč intelektuální.*“ (Lechta, 2008, s. 47) Dalším důležitým obdobím ve vývoji řeči je **stadium logických pojmů** začínající okolo 3. roku života. Zde se u dětí začíná zapojovat abstrakce, zobecňování. V tomto vývojovém stadiu dítě přechází z 1. do 2. signální soustavy. Kolem 3. roku života dítěte může také dojít k projevům fyziologické iterace (opakování), která s tvorbou abstraktnějších pojmů ve spojitosti s přechodem na druhosignální úroveň úzce souvisí. Peutelschmiedová (2005) zdůrazňuje mnohdy chybný výklad iterace, jíž část specialistů pokládá za koktavost. Symptomy sice jeví známky podobnosti, ale koktat s danými projevy začíná minimum dětí. Tento dynamický rozmach řečového vývoje sebou nese individuální odlišnosti mezi jednotlivci. Přelom 3.-4. roku života je charakterizován tím, že dítě vyjadřuje své myšlenky jak obsahově, tak i formálně správně. Další vývoj se týká osvojování a zpřesňování formy řeči, rozšiřování pasivní i aktivní slovní zásoby, upřesňování obsahu slov a gramatických forem. Toto období, které nastupuje po 4. roce života, se nazývá **intelektualizace** řeči.

Na konci předškolního období, tj. ve věku šesti let dítěte, může v průběhu fonetické realizace přetrvávat dyslalie (rotacismus i sigmatismus). Dítě již uskutečňuje komunikaci bez podstatných dysgramatismů, reprodukuje obsah příběhu, ovládá gramatickou složku

řeči – v případě neosvojení si některého z výše zmíněných bodů mluvíme o narušené komunikační schopnosti.

2.1.3 Narušená komunikační schopnost

Narušená komunikační schopnost (dále NKS) tvoří jeden ze zásadních pojmů moderní logopedie, který je nutné podle Lechty (2003) co nejpřesněji definovat. Jak uvádí Peutelschmiedová (2005, s. 129): „*Fundamentem termínu narušení komunikační schopnosti není řeč, mluva, jazyk, ale komunikace, a to v nejširším slova smyslu. Logopedie tak získává podstatně širší a komplexnější rozměr.*“ Obdobný názor vyjádření transferu od hovoření, řeči ke komunikaci sdílí také Klenková (2006) či Lechta (1990, 2003).

Klenková (2006) poukazuje na to, že definování NKS souvisí s určením hranice normy, což představuje nelehký úkol. Musíme brát v úvahu objektivní (odchylná kodifikace ve výslovnosti dané jazykové normy; jazykové prostředí, v němž hodnocená osoba žije) i subjektivní faktory (vzdělání diagnostika i hodnoceného; fyziologické faktory – únava; je-li hodnocená osoba mluvní profesionál) diagnostika spojené s komplikacemi (např. stydlivost) vyskytujícími se v průběhu diagnostiky. Ve vyšetření se nelze zaměřit na klasifikaci pouze jedné jazykové roviny. Je nezbytné se podrobně zaměřit na všechny čtyři (Klenková, 2006, Lechta, 2003). Pro určování normality vymezil Lechta (2003, 2010) následující kritéria: **vývojové** (zda se komunikační schopnosti jedince shodují s danými vývojovými normami); **fyziologické** (zda lze řeč jedince považovat stále za fyziologickou nebo zda projevuje známky patologie); **terapeutické** (zda jedinec vyžaduje cílenou logopedickou intervenci či nikoliv); **lingvistické** (zda koresponduje či nekoresponduje řeč jedince s kodifikovanou normou určitého jazyka); **komunikační záměr** (schopnost či neschopnost jedince realizovat komunikační záměr bez rušivých podnětů a zda narušení působí či nepůsobí rušivě z aspektu exteriorizace, projevení se navenek). Definici při vymezení NKS nejlépe uchopil právě Lechta (2007, s. 23): „*komunikační schopnost jednotlivce je narušena tehdy, když některá rovina (nebo několik rovin současně) jeho jazykových projevů působí interferenčně vzhledem k jeho komunikačnímu záměru. Může jít o foneticko-fonologickou, syntaktickou, morfologickou, lexikální, pragmatickou rovinu nebo o verbální i nonverbální, mluvenou i grafickou formu komunikace, její expresivní i receptivní složku.*“ Dle Lechty (1988) je nejpřesnějším indikátorem narušeného vývoje řeči morfologicko-syntaktická jazyková rovina (úroveň gramatiky). Úroveň gramatiky projev i lehké odchylky, které by jinak běžnému posluchači unikly.

Etiologie NKS je variabilní. Od snadno odstranitelných příčin (např. správný přístup k dítěti) až po ty, které odstranit nelze (např. vrozená hluchota, při které je nutné řeč vybudovat pomocí speciálních metod). Příčinou NKS může být také nedostatek podnětů a vhodných a přiměřených příležitostí k mluvení. Dle Vyštejna (1995) se vývoj řeči také opoždí u dítěte, kterému chybí úzká citová vazba na matku, případně jinou dominantní osobu (důkazem jsou zkušenosti z kojeneckých ústavů a dětských domovů). Lechtovo (2007) členění a hodnocení etiologie NKS z několika hledisek je následující: **způsob komunikování** (zasazena může být verbální a neverbální složka řeči); **průběh komunikování** (narušena v expresivní i receptivní složce řeči, tj. v produkci i porozumění řeči); **časové hledisko** (NKS trvalého či přechodného rázu, vrozená či získána); **klinický obraz** (NKS jako hlavní symptom či symptom jiného dominujícího postižení, tzv. symptomatické poruchy řeči); **etiologické hledisko** (k narušení dochází z příčin orgánových nebo funkčních); **rozsah** (částečné, např. sigmatismus, či úplné, např. nemluvnost); **hledisko uvědomění si** (narušení si jedinec může či nemusí uvědomovat, např. breptavost); **manifestace** (narušení zasahuje do oblastí symbolických, např. dysgramatismus, či nesymbolických, např. dyslalie; včetně zvukových a nezvukových dimenzí). Klenková (2010) uvádí, že dělení příčin může být realizováno z mnoha hledisek, např. z časového hlediska se dělí na prenatální, perinatální a postnatální; z lokalizačního hlediska to mohou být např. genové mutace, chromozómové aberace, vývojové odchylky, orgánová poškození receptorů (sluchového a zrakového analyzátoru) – poruchy rozumění řeči, poškození efektorů (různá poškození mluvních orgánů) – poruchy řečové produkce, působení nevhodného, nepodnětného, nestimulujícího prostředí – opoždění ve vývoji řeči.

Jedna z často používaných klasifikací NKS v logopedické praxi je symptomatologická klasifikace vytvořená Lechtou (2003). Dle výše zmíněného autora se jedná o rozdělení na: **vývojová nemluvnost** (vývojová dysfázie); **získaná orgánová nemluvnost** (afázie); **získaná psychogenní nemluvnost** (mutismus); **narušení zvuku řeči** (rinolalie, palatolalie); **narušení fluence** (plynulosti) řeči (balbuties); **narušení článkování řeči** (dyslalie, dysartrie); **narušení grafické stránky řeči**; **symptomatické poruchy řeči**; **poruchy hlasu**; **kombinované vady a poruchy řeči**.

2.1.4 Logopedická intervence

Patologií v oblasti komunikace a narušené komunikační schopnosti se zabývá vědní obor speciální pedagogiky – logopedie. Logopedie je považována za mladý vědní obor, jehož základy spadají do první čtvrtiny či poloviny 20. století (dle jednotlivých autorů), proto se neustále rozvíjí a mění. Postupně se vlivem několika přístupů formovala: vlivem lékařským (Seeman, Sovák), vlivem nelékařským (Gaňo, Kábele) a v druhé polovině 20. století jazykovědným (Ohnesorg, Liška, Sabol). Dle Klenkové (2006) je název vědního oboru logopedie utvořen ze dvou řeckých slov: *logos* – slovo a *paidea* – výchova.

První Fröschels v roce 1924 definoval logopedii jako vědu lékařskou, druhý Sovák o několik let později jako disciplínu speciálně pedagogickou (Lechta, 2007; Klenková, 2010). K neutuchajícím rozmluvám koncepce disciplíny se vyjádřil také Seeman v roce 1957 (Renotierová, Ludíková a kol., 2004, s. 275): *„Není tedy předmět logopedie a foniatrie různý. Oba obory se liší jen přístupem k problému. U logopedie je přístup z hlediska více pedagogického, u foniatrie z hlediska více fyziologického, pathofyziologického, psychotherapeutického, tedy více lékařského. Oba obory se navzájem prolínají a doplňují, jak dokazuje jejich historický vývoj. Vzorem spolupráce obou oborů zůstává poměr pedagoga Alberta Gutzmanna a lékaře Herrmanna Gutzmanna.“* Dle Sováka (1968, s. 8): můžeme logopedii definovat jako: *„... nauku o výchově řeči (tj. všech složek sdělovacího procesu) a předcházení a odstraňování poruch řeči.“* Defektologický slovník (1978, s. 196) definuje původ logopedie: *„logopedie (z řec. logos = slovo, řeč; paidea = výchova) – výchova řeči.“* Dvořák ((2000, s. 112) v logopedickém slovníku uvádí, že: *„logopedie – zdravotnický obor, zabývající se fyziologií a patologií komunikace lidskou řečí (rozvoj řeči, výzkum, diagnostika, terapie, prevence, profylaxe); v pojetí školském – obor speciální pedagogiky, který se zabývá výchovou a vzděláním osob s poruchami komunikace.“* Vyštejnova (1979, s. 116) definice logopedie: *„... nauka o fyziologii a patologii dorozumivacího procesu, prevenci a ošetření jeho poruch.“*

Dle Lechty (2007, s. 22): *„... definujeme logopedii jako vědní obor interdisciplinárního charakteru, jehož předmětem jsou zákonitosti vzniku, eliminování a prevence narušené komunikační schopnosti. Logopedie v moderním chápání je vědou zkoumající narušenou komunikační schopnost z hlediska příčin, projevů, následků, možností diagnostiky, terapie i prevence.“*

Na výše uvedených definicích můžeme vidět různorodost pohledů na problematiku a hlavně potvrzuje nutnost týmové spolupráce logopeda, tj. interdisciplinarity, jež prolíná oblastmi **medicínskými** – pediatrie, foniatrie, otorinolaryngologie, stomatologie, plastická chirurgie, ortodoncie, neurologie, neurochirurgie, psychiatrie; **psychologickými** – vývojová psychologie, patopsychologie; dále **jazykovědnými** – fonetika a fonologie. (Klenková, 2006) Dle Lechty (2003) také není lehké vymezit přesné zařazení mezi vědní disciplíny: osciluje mezi speciální pedagogikou, jazykovědou, psychologií a medicínou. Úzká spolupráce by měla probíhat i s mladými či nově vznikajícími vědními disciplínami - sociolingvistika, neurolingvistika, neuropsychologie, psycholingvistika, genetika. (Klenková, 2010; Peutelschmiedová, 2005)

Neubauer (2010, s. 17) uvádí, že cílem terapeutického působení v oblasti poruch řečové komunikace je: „... *maximalizace komunikačního potenciálu osoby s postižením řečové komunikace, a to formou odstranění, příznivého ovlivnění či kompenzace deficitů, vyvolávajících nepříznivou komunikační situaci.*“ Klimeš (2002) vykládá pojem intervence jako zásah, zakročení či zákrok. Logopedickou intervencí se rozumí záměrná činnost v něčí prospěch, působení za účelem změny. Logopedická intervence je aktivita prováděná odborníkem – logopedem. Jejím cílem je identifikovat, eliminovat, zmírnit či alespoň překonat NKS a v neposlední řadě ji také zlepšit. Logopedická intervence dětí s narušeným vývojem řeči je zacílena na komplexní výstavbu funkční komunikace, rozvíjení řeči a současně na rozvíjení jednotlivých jazykových rovin. (Lechta, 2011) Autor v této souvislosti poukazuje na tři vzájemně se prolínající úrovně (v zájmu dosažení výše uvedených 3 základních cílů), a to diagnostika, terapie a prevence.

Logopedická intervence může být realizována ve třech resortech: v *resortu školství mládeže a tělovýchovy*, *resortu zdravotnictví* a v *resortu práce a sociálních věcí*.

V resortu školství, mládeže a tělovýchovy probíhá vzdělávání dětí s narušenou komunikační schopností v logopedické třídě při běžné mateřské škole, v mateřské škole logopedické, v logopedické třídě při běžné základní škole, v základní škole logopedické, ve speciální třídě při základní škole pro žáky s poruchami učení, v mateřské škole pro sluchově postižené, v základní škole pro sluchově postižené, v základní škole praktické, v základní škole speciální, ve speciálně-pedagogickém centru či v pedagogicko-psychologické poradně. Pod resort zdravotnictví spadají logopedické poradny, logopedická pracoviště při lůžkových odděleních, privátní logopedické poradny, denní stacionáře při zdravotnických zařízeních, rehabilitační stacionáře, léčebny dlouhodobě

nemocných či lázeňská zařízení. Resort práce a sociálních věcí zahrnují domovy pro osoby s postižením.

V České republice se na logopedické intervenci podílí logopedický asistent, logoped a klinický logoped. Vymezení výše zmíněných odborností Bytešníková (2010) popisuje následovně:

Logopedickým asistentem se stává absolvent akreditovaného bakalářského studijního programu speciální pedagogiky, ukončeného státní závěrečnou zkouškou z logopedie. Jeho hlavní činností je prevence poruch vývoje řeči, realizaci logopedických cvičení (dechových, fonačních a artikulačních), logopedické intervenci u dětí s narušenou komunikační schopností (jedině pod supervizí logopeda). Jeho další činností je realizace mimoškolních výchovných programů a intenzivního rehabilitačního programu pro dospělé osoby s narušenou komunikační schopností (opět pouze pod vedením logopeda).

Logopedem se stává absolvent akreditovaného magisterského studia studijního programu speciální pedagogika, ukončeného státní závěrečnou zkouškou z logopedie a surdopedie. Činností logopeda je logopedická prevence, diagnostika narušené komunikační schopnosti, logopedická terapie, poradenská činnost (např. ve speciálně pedagogickém centru, pedagogicko psychologické poradně) a posudková a výzkumná činnost.

Klinický logoped jako jediný působí v resortu zdravotnictví a je absolventem akreditovaného magisterského studijního programu speciální pedagogika, ukončeného státní závěrečnou zkouškou z logopedie a surdopedie a absolvováním specializačního vzdělávání, kde je jako zaměstnanec soukromého klinického logopeda. Specializační vzdělání je ukončeno státní závěrečnou zkouškou ze, tzv. atestací. Mezi kompetence klinického logopeda spadá činnost diagnostická, léčebná, rehabilitační, preventivní, posudková a disperzní péče. Klinický logoped se nadále musí vzdělávat v rámci celoživotního vzdělávání – díky kreditnímu systému je zajištěno permanentní, odborné a další vzdělávání v oboru.

Řeč je pro komunikaci lidí nezbytná a nepostradatelná. Pokud ovšem dojde k opoždění ve vývoji v kterékoliv oblasti osobnosti dítěte, má to za následek také vliv na vývoj komunikace. Nejúčinnější cestou v předcházení narušené komunikační schopnosti je tvorba podmínek pro správný a přirozený vývoj řeči již v předškolním věku. Logopedická péče se může stát dlouhodobou záležitostí, náročnou na trpělivost a

spolupráci rodiny. Důležitost včasného začátku a správné zvolení příslušného odborníka z resortu školství, mládeže a tělovýchovy, resortu zdravotnictví nebo resortu práce a sociálních věcí není ani nutno zdůrazňovat.

2.2 Poruchy autistického spektra

Poruchy autistického spektra (dále jen PAS) spadají do kategorie pervazivních vývojových poruch. Termín pervazivní vývojová porucha je společným označením pro závažnější poruchy projevující se od raného dětství. Projevy autismu se v průběhu času mohou zmírňovat, ovšem přetrvávají po celý život, čímž ztěžují sociální integraci.

K zajištění komplexního pohledu na PAS, nesmíme opomenout vymezit terminologii, historický vývoj názorů na danou problematiku, definici a klasifikaci PAS.

2.2.1 Terminologické vymezení poruch autistického spektra

„Nikdy se na mne neusmál.“ „Jakoby nás ani nevnímal, připadali jsme si jako průhlední.“ „Nechtěl se se mnou vůbec mazlit.“ „Když jsem ji chovala, ležela jak hadrová panenka.“ „Nereaguje na zákazy, když se zlobím, směje se.“ (ukázka z informační příručky Apla Praha, Střední Čechy, o.s., 2008)

Termín autismus se skládá z řeckého slova „autos“, což znamená „sám“, a přípony „ismus“, která je synonymem slov orientace či stav (Buntová, Tichá, 2009). Autismus a PAS velmi výrazně narušují mentální vývoj dítěte hned v několika oblastech. Termín autismus, charakterizující tendenci k sociální izolaci a stažení se do sebe, poprvé použil v roce 1911 švýcarský psychiatr Eugen Bleuler. Tímto termínem označil symptom charakteristický u klientů s psychiatrickým onemocněním, schizofrenií (Jelínková, 2010; Kruk-Lasocka, 1994; Thorová, 2006). Současná psychiatrie (srov. Janotová, 2006; Musil, 2006; Raboch, Pavlovsky, Hort, 2008 et al.) v souvislosti s danou symptomatikou upřednostňuje užití termínu „nerealistické myšlení“. Čadilová, Thorová, Jůn (2007), Hrdlička (2004) a Opekarová (2010) upozorňují na skutečnost, že termín autismus se pro označení dílčího projevu schizofrenie užívá doposud. Názorně to můžeme vyčíst na příkladu z Psychologického slovníku (Hartl, Hartlová, 2000, s. 63): *„Autismus – stažení se do sebe, zapadnutí do sebe, sociální izolace, egocentrické, nerealistické myšlení, snění...“* Dva heterogenní významy jednoho pojmu tak mohou vyústit v situaci, kdy je tato porucha mylně spojována či dokonce zaměňována za schizofrenii. Zároveň je potřeba poukázat na skutečnost, že komorbidita autismu s touto psychiatrickou nemocí není nijak vyloučena. Naopak je

často evidována především u osob s Aspergerovým syndromem (Hrdlička, 2004; Jelínková, 2010; Opekarová, 2010).

Specifickou poruchu, nazvanou *časný dětský autismus*, popsal v roce 1943 americký psychiatr Leo Kanner. Sledoval skupinu tvořenou 11 závažněji postiženými, sociálně velice nápadnými dětmi, kterou tvořily 3 dívky a 8 chlapců. Děti byly extrémně introvertní, neustále udržovaly zvláštní zvyky a stereotypní aktivity. Také Kanner se v tehdejší době domníval, že autismus je příbuzný se schizofrenií. V roce 1956 byla tato porucha nazvána jako Kannerův časný infantilní autismus (Wing, 2005; Klenerová, Hyne, 2008). Vocílka (1994, s. 21) autismus označuje za: „... *chorobnou zaměřenost k vlastní osobě spojenou s poruchou kontaktu s vnějším světem.*“ MKN-10 (1992) definuje autismus jako: „*hluboko zasahující vývojovou poruchu, která je definována abnormálním či omezeným vývojem a manifestuje se před třetím rokem života dítěte. Vedle toho je charakterizována narušenou funkční schopností v následujících třech oblastech: sociální interakce, komunikace a omezené repetitivně chování.*“

2.2.2 Historický vývoj názorů na danou problematiku

O historii vzdělávání a péče o osoby s PAS můžeme pouze usuzovat, protože již dříve, ještě před prvními pokusy popsat určité odchylky v chování a komunikaci, žili na světě lidé, které bychom dnes považovali za autistické.

V průběhu času se setkáváme s odlišnými přístupy k výchově, vzdělávání a péči o osoby s poruchou autistického spektra – od likvidace, segregace přes přehlížení až k systematické výchově a v současnosti stále více preferované integraci až inkluzi. Hrdlička (2004) uvádí, že první dílo vztahující se k problematice pervazivních vývojových poruch pochází z počátku 20. století a jedná se o monografii vídeňského pedagoga Hellera. Čadilová, Žampachová (2008) začínají uvádět začátek problematiky od doby, kdy v průběhu druhé světové války popsali autismus nezávisle na sobě dva lékaři. Americký psychiatr Leo Kanner, který v roce 1943 publikoval v časopise *Nervous child* článek, v němž popisoval výsledky pozorování jedenácti pacientů. V roce 1944, nezávisle na Kannerovi, popsal podobnou symptomatiku u svých pacientů i vídeňský pediatr Hans Asperger a nazval ji autistická psychopatie.

Během druhé světové války a v prvních poválečných letech byla hlavním terapeutickým proudem psychoanalytická (tzv. psychogenní) teorie, která se dle Jelínkové (2010) stala základem pro mylné vysvětlení autismu a dále mylně zvolených

léčebných postupů. Léčba spočívala v segregaci dítěte od rodičů (hlavně od matky) a jeho umístění do psychiatrické léčebny, zatímco probíhala terapie s rodiči (především s matkami dětí). Za hlavní příčinu vzniku této poruchy byli považováni právě rodiče. Základem další teorie, psychodynamické, prezentované především v pracích Bruna Bettelheima, bylo postupné emocionální přiblížení se dítěti popisované jako „*otvírání mušle*“. Tato teorie opět vedla k tomu, že mnohem více pozornosti bylo směřováno k rodičům než k samotným dětem. Kanner zavedl termín „*matka lednička*“, který měl charakterizovat typickou matku dítěte s PAS - emočně chladnou a odtaziťou (Jelínková, 2001; Hrdlička, Komárek, 2004; Klenerová, Hyne, 2008; Opatřilová, 2010). V důsledku těchto informací časopisy ihned začaly psát o rodičích, kteří se na chvíli „*rozmrazili*“, aby zplodili potomka (Thorová, 2006; Weber, 1970). Čadilová, Žampachová (2008, s. 13) dále uvádějí, že: „*všechny výše uvedené názory se stali osudnými při léčbě a vzdělávání dětí s autismem, které v té době byly považovány za nevzdělatelné, neschopné navázat kontakt s okolím a smysluplně s ním komunikovat.*“

Postupně však docházelo ke změnám postojů a pohledů na výchovu a vzdělávání dětí s autismem. Přelom šedesátých a sedmdesátých let 20. století zaznamenal růst zájmu o problematiku autismu. Do odborné diskuze se také zapojili rodiče dětí s PAS. Problematika autismu se nově přesunula z roviny medicínské a psychologické k pedagogické intervenci. Ve Spojených státech amerických proběhlo několik velkých výzkumných studií, které ukázaly chybovost dosavadního psychodynamického modelu autismu. Začíná převládat názor, který tihne k recepci tohoto postižení jako vývojové poruchy, jejíž příčinu musíme hledat v oblasti organické, biologické a somatické (Jelínková, 2010; Sigman, Capps, 2000). Rodiče již nadále nebyli považováni za příčinu problému svých dětí. Naopak, rodiče s pomocí Úřadu pro vzdělávání a Národního ústavu duševního zdraví vytvořili ve státě Severní Karolina program pro výchovu a vzdělávání dětí s autismem a dětí s příbuznými poruchami komunikace – TEACCH (tzn. Treatment and Education of Autistic and Related Communication Handicaped Children). Základem výše zmíněného programu byla metodika strukturovaného učení. Jak uvádí Vocílka (1996, s. 13): „*Tento program poskytuje globální pohled na autismus, stará se o fungování dítěte v rodině, ve škole a ve společnosti. Díky individualizované pedagogické péči se snaží v úzké spolupráci s rodiči zlepšit chování dítěte a vštípit mu jistý počet funkčních schopností.*“

V osmdesátých letech 20. století vzrostl zájem o problematiku autismu ještě více a začaly se pořádat velké mezinárodní kongresy. První mezinárodní kongres se

uskutečnil v roce 1980, druhý v roce 1983 v Paříži. V Paříži zazněla potřeba věnovat péči nejen dětem, ale i dospívajícím a dospělým jedincům s autismem. Tématem dalšího kongresu v roce 1988 v Hamburgu byla především integrace dětí s danou diagnózou a rovněž byla diskutována příčina vzniku autismu. Na IV. kongresu v Haagu je stěžejní vystoupení ženy s autismem, Temple Grandin, jež zde představila knihu o svém životě (Grandin, 1988). Roku 2007 se konference konala v Oslu a byla velkou měrou zaměřena na pedagogickou intervenci u osob s vysoce funkčním autismem a Aspergerovým syndromem (Čadilová, Žampachová, 2008).

Dle Richmana (2006), první definici autismu v roce 1977 publikovala Americká autistická společnost a o tři roky později vložila Americká psychiatrická asociace definici „*autistického syndromu*“ do diagnostického a statistického manuálu. Jako samostatná skupina nemocí nazvaná „*pervazivní vývojové poruchy*“ se objevila až v novém konceptu amerického diagnostického manuálu DSM-III (American Psychiatric Association) a byla charakterizována jako narušení vývoje mnohočetných základních psychologických funkcí. Hrdlička (2004) i Ošlejšková (2008) shodně upozorňují na skutečnost, že do mezinárodní klasifikace nemocí se tento koncept dostal až v roce 1993 (MKN-10, 1992).

2.2.3 Definice poruch autistického spektra

Průcha (2003) v pedagogickém slovníku pojednává o PAS jako o vývojové poruše projevující se obtížemi v oblasti komunikace a navazování kontaktů s okolím. Osoba s PAS nechápe, proč mu ostatní nerozumí, nedokáže vyjádřit své potřeby ani přání, uzavírá se do vlastního světa a navenek se projevuje jako extrémně introvertní bytost. Hrdlička (2004) a Šedibová (1998) se shodují, že se jedná o narušení trvalé, které se nedá léčit, ale speciálními intervenčními přístupy lze ovlivnit.

Autismus postihuje většinu psychických funkcí, ale jako nejzávažnější se projevuje porucha sociálně-komunikačních kompetencí. Hlavní příznaky tohoto onemocnění patří porucha sociálního porozumění, mezilidských vztahů a komunikace; dále je typické svou nápadností stereotypní chování. Vývoj dítěte s PAS je nejen opožděný, ale v mnoha oblastech i kvalitativně porušený a nerovnoměrný. Dle Thorové (2008) je společným jmenovatelem pro PAS hlubší porucha vývoje v oblasti sociální interakce a komunikace, než by odpovídalo mentální úrovni dítěte. Průcha (2003) ve shodě s Vocílkou (2009) popisuje dítě s autismem jako patologicky zaměřené k vlastní

osobě s narušeným kontaktem s vnějším světem. Jak autor uvádí dále, lidé s PAS mají jiný způsob poznávání spočívající v odlišné percepci, zpracování a expresi senzuálních informací, kde jedinec ztrácí schopnost najít a pochopit smysl našeho světa. Jelínková (2010) neshledává výraz „autistický“ ve smyslu uzavřený jako nejvýstižnější, protože deficit v oblasti sociální interakce je velice variabilní a nelze jej jednoznačně generalizovat. Thorová (2006) uvádí, že diagnóza se projevuje již v prvních letech života k jejímu stanovení je zapotřebí několik symptomů v jednotlivých oblastech tzv. triády (viz kap. 3.1 specifické symptomy). Z výše uvedeného vyplývá skutečnost, že diagnózu stanovujeme hlavně na základě chování dítěte (vyjma Rettova syndromu, u kterého byl objeven gen zodpovědný za vznik poruchy). Dle Richmana (2006) se první symptomy obvykle projevují v době před třicátým měsícem věku a zřetelnými se stávají tehdy, kdy u dítěte dojde k výraznějšímu deficitu v ontogenezi komunikace.

Pro stanovení diagnózy PAS jsou podmínkou deficity v tzv. „triádě symptomů“, které popsala lékařka Wingová (Pečeňák, 2003). Triáda je charakterizována poruchou reciproční sociální interakce, komunikace a imaginace. De Clerg (2007), Řičan, Krejčířová a kol. (2006) shrnují, že do kategorie PAS náleží vývojové poruchy, které mají svoji inicializaci v raném dětství a jsou charakterizovány již zmíněnou triádou symptomů. Naopak Opekarová (2010) hovoří o tzv. „diádě příznaků“ a s výše uvedeným je v rozporu. Podle ní je primárním deficitem narušení komunikační schopnosti a imaginace a až důsledkem problémů vycházejících z abnormalit v těchto dvou oblastech dochází k obtížím v sociální sféře.

Richman (2006) poukazuje na nestejnorodost v symptomatologii a pojednává o tom, že děti vykazující podobné příznaky PAS, nemusí mít zcela totožné projevy. Symptomy této poruchy jsou charakteristickým rysem chování jedince a manifestují se od lehčích, kvantitativních odlišností, až po takřka úplné absence některých dovedností (MKN-10, Duševní poruchy a poruchy chování, 2006).

2.2.4 Klasifikace poruch autistického spektra

Základním předpokladem přesné diagnózy a volby adekvátního intervenčního přístupu je správná a hlavně včasná diferenciální diagnostika. Při deskripci vycházíme z diagnostických kritérií, která ustanovila 10. revize *Mezinárodní klasifikace nemocí* (2006) a *Diagnostického a statistického manuálu*, který roku 1994 vydala Americká psychiatrická asociace (APA).

Komparace dvou výše zmíněných klasifikací je uvedena v tabulce (viz tabulka č. 1: Komparace klasifikačních systémů MKN-10 a DMS-IV).

MKN-10 (1992)	DSM-IV (1994)
Dětský autismus F84.0	Autistická porucha
Atypický autismus F84.1	Pervazivní autistická porucha jinak nespecifikovaná
Aspergerův syndrom F84.5	Aspergerova porucha
Jiná dezintegrační porucha v dětství F84.3	Desintegrační porucha v dětství
Rettův syndrom F84.2	Rettova porucha
Hyperaktivní porucha spojená s mentální retardací a stereotypními pohyby F84.4	-----
Jiné pervazivní vývojové poruchy F84.8	Pervazivní vývojová porucha jinak nespecifikovaná
Pervazivní vývojová porucha nespecifikovaná F84.9	-----

Tabulka č. 1: Komparace klasifikačních systémů MKN-10 a DSM-IV

(Hrdlička 2004, s. 15)

Dětský autismus je dle Hrdličky (2004), nejtěžší, ale oproti jiným nejlépe prostudovanou poruchou autistického spektra. Dětský, jinak řečeno Kannerův autismus poprvé popsal Leo Kanner v roce 1943. Pojmenoval jej pro extrémní dětskou osamělost a poukazoval na skutečnost, že se zmíněný deficit objevuje již v raném dětství. Život dítěte s autismem přiřazuje k životu prázdnému, opuštěnému a monotónnímu (Nesnídalová, 1995). Dětský autismus podle Thorové (2006) tvoří z historického hlediska jádro poruch autistického spektra. Kritéria pro diagnostiku dětského autismu nejlépe vystihuje tabulka Thorové (2007), která je uvedena níže (viz tabulka č. 2: Kritéria pro diagnostiku dětského autismu podle MKN-10 (10. revize, Praha, Psychiatrické centrum 1992)

1. Autismus se projevuje před třemi roky věku dítěte	
2. Kvalitativní narušení sociální interakce	<ul style="list-style-type: none"> ▪ nepřiměřené vyhodnocení sociálně-emočních situací; ▪ nepatřičná, nedostatečná odpověď na emoce jiných lidí;

	<ul style="list-style-type: none"> ▪nedostatečné přizpůsobení sociálnímu kontextu situace, situační normě; ▪omezená schopnost používat sociální signály a dovednosti; ▪absence používání dovedností sloužících k vyjádření sociálně-emoční blízkosti; ▪slabá integrace sociálního, komunikačního a emočního chování.
3. Kvalitativní narušení komunikace	<ul style="list-style-type: none"> ▪nedostatečné sociální užívání řeči bez ohledu na úroveň jazykových schopností; ▪narušená fantazijní a sociálně napodobivá hra; ▪nedostatečná synchronizace a reciprocita v konverzačním rozhovoru; ▪snížená přizpůsobivost v jazykovém vyjadřování ▪Relativní nedostatek tvořivosti a fantazie v myšlení; ▪absence emoční reakce na přátelské přiblížení jiných lidí; ▪narušená kadence komunikace a správného důrazu v řeči, který moduluje komunikaci; ▪nedostatečná gestikulace.
4. Omezené, opakující se stereotypní způsoby chování, zájmy a aktivity	<ul style="list-style-type: none"> ▪rigidita a rutinní chování v široké škále aspektů každodenního života (všední zvyky, hry); ▪specifická přichylnost k předmětům, které jsou pro daný věk netypické; ▪lpění na rutině, vykonávání speciálních rituálů ▪stereotypní zájmy; ▪pohybová stereotypie; ▪zájem o nefunkční prvky předmětů; ▪odpor ke změnám v běžném průběhu činnosti nebo v detailech osobního prostředí.
Nespecifické rysy	<ul style="list-style-type: none"> ▪strach (fobie); ▪poruchy spánku a příjmu potravy; ▪záchvaty vzteku, agrese a sebezraňování; ▪většinou absence spontaneity, iniciativy a tvořivosti při organizaci volného času; ▪potíže s vytvořením myšlenkové osnovy při rozhodování v práci i přesto, že schopnosti na samotné úkoly stačí.

Tabulka č. 2: Kritéria pro diagnostiku dětského autismus podle MKN-10 (10: revize, Praha, Psychiatrické centrum 1992)

(Thorová, 2007, s. 19)

Atypický autismus je heterogenní diagnostická jednotka, která pod diagnózu zařazuje osoby, které splňují diagnostická kritéria definovaná pro dětský autismus jen z části. Thorová (2008, s. 17) dodává, že: „u dítěte s touto diagnózou najdeme řadu specifických sociálních, emocionálních a behaviorálních symptomů, které se s potížemi, které mají lidé s autismem, shodují.“ Volkman (2007) uvádí, že narušení sociálních schopností bývá menší. Můžeme říci, že se jedná o lepší sociální či komunikační dovednosti a minimální až žádné stereotypní zájmy.

Pro diagnózu **Aspergerův syndrom** jsou naproti tomu potíže v komunikaci a sociálním chování typické a jsou v rozporu s dobrým intelektem a řečovými

schopnostmi dítěte (Thorová, 2008). Aspergerův syndrom poprvé popsal vídeňský lékař Asperger, který pro dané obtíže užil pojem autistická psychopatie (Attwood, 2005). Lidé s diagnózou Aspergerův syndrom, mají problémy s navazováním vztahů, obtížněji chápou neverbální komunikaci, mimika i gesta bývají omezená, někdy mohou negativně reagovat na změny, lpí na rituálech a vyznačují se nestandardními zájmy. Většinou bývají zařazováni mezi podivíny, osoby mentálně retardované či naopak osoby geniální. Verbální projev bývá nápadný svou monotónností a až přehnaným důrazem na správnosti použití jazyka. Jelikož si jsou svých problémů vědomi, často se u nich rozvíjí deprese a bývá zvýšené riziko suicidálního chování (Vágnerová, 2008). Suicidální chování popisuje Lawson (2008, s. 72): *„Když mi bylo dvacet, pokusila jsem se skočit z okna ve druhém patře na rušnou ulici. Tonymu se podařilo mi v tom zabránit. Tyto pocity prázdnoty a zoufalství se mě opět zmocnily. Snažila jsem se o tom mluvit s několika přáteli, ale nenašla jsem u nich pochopení.“*

K rozvoji autistického chování může dojít i později, po uplynutí určitého období normálního raného vývoje dítěte (nejčastěji mezi 2.-4. rokem věku). Čtyři heterogenní názvy pro tuto poruchu jsou: **jiná dezintegrační porucha**, dezintegrační psychóza, infantilní demence či Hellerův syndrom. Tuto poruchu popsal v roce 1908 speciální pedagog Keller. Jde o velmi vzácný typ onemocnění, do roku 1999 bylo v odborné literatuře popsáno pouhých 126 případů (Hrdlička, 2009). *„Deteriorace (zhoršení stavu) může být náhlá nebo může trvat několik měsíců a je vystřídána obdobím stagnace. Dítě se zhorší v komunikačních a sociálních dovednostech, často nastupuje chování zcela typické pro autismus. Po tomto období může, ale také nemusí nastat opětovné zlepšování dovedností. Normy však již nikdy není dosaženo“* (Thorová, 2008, s. 23).

Rettův syndrom je porucha popsána poprvé v roce 1965 Rettem. Jedná se o poruchu autistického spektra vyskytující se především u dívek, protože se jedná o poruchu na distálním dlouhém raménku X chromozomu, a způsobuje těžké kombinované postižení (Hrdlička, 2004). Porucha je doprovázena těžkým neurologickým postižením s dopadem na psychické, motorické i somatické funkce. Symptomatika Rettova syndromu dle Thorové (2008) je popsána níže:

- prvních šest měsíců je počáteční vývoj dívky v normě;
- normální obvod hlavičky při narození, teprve v období mezi 6.-12. měsícem dochází ke zpomalení jejího růstu;
- ztráta již naučených funkčních pohybů ruky;

- stereotypní pohyby horních končetin;
- s nástupem poruchy postupná ztráta sociálních dovedností, schopnost sociální interakce se rozvíjí obvykle později;
- různá míra atypických projevů autistického chování;
- obtíže s koordinací pohybů a chůze;
- opoždění a porucha expresivní i receptivní složky řeči, které obvykle odpovídá těžké mentální retardaci.

Hyperaktivní porucha spojená s mentální retardací je blíže nespecifikovaná nozologická jednotka. Řadí se pod poruchy autistického spektra z toho důvodu, protože u těžké mentální retardace jsou přidruženy problémy s hyperaktivitou, pozorností a stereotypními behaviorálními projevy (MKN-10, Duševní poruchy a poruchy chování, 2006).

Do diagnostické kategorie **jiná pervazivní vývojová porucha** řadíme osoby, které nesplňují klasická kritéria autismu. Jak uvádí Thorová (2008), může být výrazně narušen sociální a emoční intelekt, schopnost naplánovat si věci, domyslet důsledky vlastního chování a snížena schopnost porozumět jazyku. Mezi časté obtíže, které signalizují pervazivní vývojovou poruchu, patří úzkost, nepozornost, hyperaktivita, nerovnoměrný vývoj, těžká sociální a emoční nezralost a obtíže s regulací afektivity.

Pervazivní vývojová porucha nespecifikovaná je diagnostická kategorie, která je užívána pro poruchy, na které se všeobecný popis poruch autistického spektra hodí, ovšem nedostatek vhodných informací nebo protichůdné nálezy znamenají, že diagnostická kritéria nevyhovují žádné z ostatních kódovaných kategorií v F84 (MKN-10, Duševní poruchy a poruchy chování, 2006).

Poruchy autistického spektra závažným a komplexním způsobem poškozují psychický vývoj jedince a chování autistického dítěte je po jeho nejbližší okolí velmi rušivé. Jedním z hlavních problémů je jeho nesrozumitelnost, nečitelnost a obtížná ovlivnitelnost. Pro laickou veřejnost tyto děti působí jako mentálně retardované a jejich nestandardní reakce považují za pouhou nevychovanost (např. lhostejnost k lidem, různé automatismy, zvláštní chování či agresivní projevy). Typickým představitelem poruch akustického spektra je dětský autismus, který patří mezi nejtěžší, ale nejlépe prostudovanou PAS.

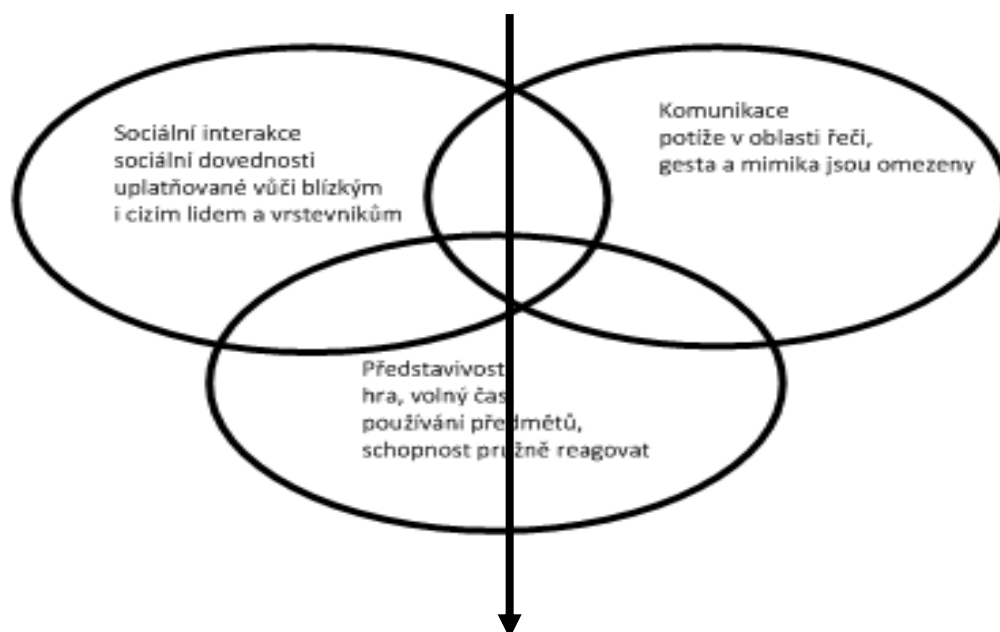
2.3 Symptomatologie a diagnostika poruch autistického spektra

Jako neexistuje typicky zdravá osoba, neexistuje ani žádný typický jedinec s PAS. Každý jedinec je jedinečný a spíše než podobnosti mezi nimi převažují rozdíly (Jelínková, 2001). První příznaky signalizující PAS jsou zjevné již od raného věku dítěte. Dle londýnské psycholožky Howlin (2008, s. 7): „*Většina rodičů dětí s autismem začne mít vážné obavy o zdravý vývoj svého dítěte už v prvním roce jeho života. Tyto obavy se týkají především problémů v komunikaci, hry, sociálních recipročních vztahů a receptivního vzoru chování.*“ Dále autorka dodává, že jak děti stárnou, jejich vývoj je stále více ovlivňován postižením kognitivních funkcí. Ke stanovení diagnózy se deskriptují tři stěžejní deficitní oblasti. Cílem této kapitoly je seznámení se symptomy specifickými, symptomy nespecifickými a neméně důležitou diagnostikou poruch autistického spektra.

2.3.1 Specifické symptomy

Kanner (In Howlin, 2005) společně se svým spolupracovníkem Eisenbergerem podal podrobný popis specifických symptomů vycházející z longitudinálních výzkumných šetření. Zdůrazňovali důležitost úrovně komunikačních a intelektových schopností jako nezbytnou dovednost pro další vývoj dítěte. Podle výše zmiňovaných odborníků spočívá definice autismu ve dvou stěžejních aberacích – extrémní osamělost a výrazné ulpívání na rigidních a stereotypních rituálech (Sigman, Capps, 2000).

Nový pohled na deficity v sociální interakci u osob s PAS přináší Kahan. Jako první přišel s názorem, že odmítání kontaktu v sociální interakci není přítomné u všech dětí s PAS (Sigman, In Thorová, 2006). Neschopnost dítěte chovat se přiměřeně v různých společenských situacích pokládá za základní znak poruch autistického spektra Vocílka (1994). Dále upozorňuje na to, že zvuk, tělesný kontakt nebo pohyb může daný jedinec vyhodnotit jako stimul vyvolávající bolest. Freitag (2008), Pátá (2007), Vosmik (2010) ve shodě uvádějí, že jádrem obtíží jsou odchylky v oblasti sociální interakce, komunikace a imaginace. Thorová (2007, s. 13) přehledným obrázkem vyjadřuje triádu postižených oblastí vývoje u PAS (viz níže **obrázek č. 1: Triáda postižených oblastí vývoje u poruch autistického spektra**)



Obrázek č. 1: Triáda postižených oblastí vývoje u poruch autistického spektra

Sociální interakce a sociální chování

Dle Jelínkové (2000, s. 4) byl právě: „... zvláštní charakter sociálního chování (sociální izolace), který vedl Leo Kanner k tomu, že poruchu, kterou pozoroval u svých dětských pacientů, nazval *infantilním autismem*. Kanner předpokládal, že tyto děti přicházejí na svět s vrozenou neschopností navazovat normální biologicky podmíněný kontakt s lidmi.“ Deficit v oblasti sociálního chování je jedním ze základních symptomů PAS. Zvláštní charakter sociálního chování se projevuje nezájmem o sociální kontakt – pro tyto děti jsou veškeré verbální i neverbální sociální signály těžko pochopitelné, nezajímavé či dokonce nepříjemné, proto se jim snaží vyhýbat. Thorová (2008) uvádí, že tento specifický deficit odlišuje autismus od jiných vývojových poruch (např. mentální retardace, poruchy řeči, specifické poruchy učení, poruchy aktivity a pozornosti).

Kvalitativní odlišnost neverbální komunikace spočívá v tom, že děti s PAS nereagují běžným způsobem na standardní sociální signály (oční kontakt, úsměv, mimiku obličeje) a nejsou schopny rozlišovat jednotlivé výrazy vyjadřující určitý emoční prožitek. Vágnerová (2008, s. 320) uvádí, že: „*autistické děti nejsou schopny empatie, nerozumějí emočním projevům jiných lidí, nedovedou odhadnout jejich pocity a ladění. Nejspíš si vůbec neuvědomují, že něco takového existuje.*“

Pro děti s PAS je typické narušení ve vývoji řeči. Řeč neumí používat jako prostředek komunikace. Je pravděpodobné, že se řeč nevyvíjí právě proto, že ji děti s autismem k ničemu nepotřebují.

Narušení sociálních vztahů je dalším typickým projevem autismu. Děti s autismem nenavazují s lidmi obvyklé vztahy a ani se nevytváří obvyklá citová vazba k matce či k dalším členům rodiny. Ani vztahy s vrstevníky nejsou standartní – dítě s PAS obvykle s ostatními nenavazuje přátelství, nehraje si s nimi, spíše se jim zpravidla vyhýbá. Jednoduše nechápe význam mezilidských vztahů.

Dále je typická porucha sociální adaptace – chování dětí s PAS bývá nápadné a nepřiměřené v kontextu určité situace. Dle Vágnerové (2008) je to deficit v oblasti sociálního porozumění.

Představivost, zájmy, hra

Problémy v imaginaci srozumitelně uvádí De Clerg (2007, s. 51): „*Porozumět každodennímu životu stojí lidi s autismem nesmírnou námahu. Pochopit, že kartáček na zuby může být zelený i červený, si žádá velké intelektové vypětí. Nejméně pěti různým věcem, na kterých jezdíme, říkáme kolo, dvanáct předmětů, každý jiného tvaru a barvy, nazýváme stejným slovem sklenice.*“ Hartl, Hartlová (2004) popisují představivost jako schopnost utvářet představy (tj. obsahy vědomí; vybavené či přepracované minulé zážitky a vjemy, které jsou předpokladem tvořivé činnosti). Narušení této oblasti má negativní vliv na vývoj dítěte s PAS hned v několika směrech. Za prvé je to neschopnost symbolického myšlení a imitace, další je ulpívání na stereotypních činnostech a nápadné odlišnosti v trávení volného času vzhledem k intaktním vrstevníkům (Thorová, 2006; Straussová, Knotková, 2011). Richman (2006) dodává, že velká část osob s PAS vykazuje nestandardní zacházení s hračkami či předměty. Dle autora jsou nepřehlédnutelným vzorcem projevů stereotypní a repetitivní prvky v chování (např. tleskání, plácání rukama, grimasování, kolébání a otáčení tělem, pozorování třepetajících rukou či verbální stereotypy). Dle Říčana, Krejčířové (2006) se inklinace ke stereotypiím obvykle rozvíjí až po třetím či čtvrtém roce života dítěte a nejvýrazněji se projevuje v předškolním věku. Vosmik, Bělohávková (2010) udává, že stereotypie bývají často sebestimulující a objevují se také v situacích, kdy se dítě nudí. Dále se výše zmínění autoři zamýšlí nad skutečností, jak moc specifické činnosti ovlivňují a do jisté míry omezují či znemožňují každodenní aktivity a plné zapojení jedince s PAS do společnosti.

Dalším znakem autismu jsou zvláštní zájmy dětí (např. mapy, popelnice, dopravu, kanály, antény, roury, sifony, hydranty, klíče, kroužky, písmena, číslice, hodiny, videohry a čas). Čadilová, Jůn, Thorová (2007, s. 16) uvádí, že obvykle: „*jde o aktivitu, které mají nějaký řád. Vykazuje nedostatečnou schopnost věnovat se jiným aktivitám. Odlišnost v zájmech se může projevovat v činnosti, v mluvě, v kresbě.*“ Howlin (2005) pojednává o okruhu specifických zájmů osob s vysocefunkčním autismem či Aspergerovým syndromem. Pro ně je typické sbírání faktů, jako jsou tituly knih, kvízy, unikátní výsledky či předměty. Jak autorka dále podotýká, dané specifické zájmy obvykle přetrvávají do dospělého věku. A upozorňuje na jejich dopad, který může sahát až k omezení možnosti či nemožnosti aktivně se začlenit do pracovního procesu.

Za nejdůležitější sociální činnost je považována hra. Dle Nakonečného (1993) se dítě na jejím základě dostává do kontaktu se svým sociálním okolím, ale také získává nové poznatky o okolním světě či o sobě. Moor (2010) dodává, že hrou je vyplněna většina času života dítěte, a proto by mu měla přinášet radost a přispívat k celkovému rozvoji jeho osobnosti.

2.3.2 Nespecifické symptomy

Mimo specifických symptomů charakteristických pro osoby s PAS, se tato neurovývojová porucha projevuje také symptom nespecifickými. Mezi nespecifické symptomy patří především abnormality ve zpracovávání sensorických informací, změněná emoční reaktivita, problematická adaptabilita, odlišnosti v motorickém vývoji, obtíže v chování, se spánkem, příjmem potravy či se sexuálním chováním. Tyto nespecifické variabilní rysy mají úzký vztah ke každodennímu životu lidí postižených autismem. Moor (2010, s. 104) uvádí, že: „*... mají všechny děti s poruchou autistického spektra do jisté míry problémy se smyslovým vnímáním.*“

O sensorických deficitech pojednává Vágnerová (2004) a zdůrazňuje, že jedinci s PAS zpracovávají smyslové podněty jinak, než je obvyklé u intaktní společnosti. Nevnímají svět standardním způsobem, při poznávání upřednostňují jiné smyslové kvality než je běžné (např. poznávání pomocí čichu). Thorová (2006) upozorňuje na odkaz Kanner, který již ve své době poukazyval na obtíže ve smyslovém vnímání. Lawson (2008) uklidňuje a zbavují nepříjemných pocitů jemné materiály, cucání vlastního rtu, kolébání sem a tam a jasné barvy. Autorka (2008, s. 13) uvádí: „*Velmi mne vzrušuje, když mohu zkoumat nektarinky, které rostou na naší zahradě. Hladký*

povrch, téměř dokonalý kulatý tvar, červená, oranžová a žlutá barva s malou zelenou skvrnou uprostřed, to je něco fascinujícího! Vidět nektarinky růst a dozrávat, to je zázrak, ...“ V mezinárodní klasifikace nemocí nalezneme zmínku o neobvyklých vjemových preferencích týkajících se čichu a hmatu. Také DSM-IV popisuje problémy v percepci a vychází z práce Ornitze a Ritva, kteří již ke konci 60. let 20. století došli k závěru, že zvláštnosti se týkají všech smyslů, nejen čichu a hmatu. Čadilová a Žampachová (2011) uvádějí, že aberace ve smyslovém vnímání se projevuje odlišným způsobem recepce ve smyslu hypo- či hypersenzitivity. Atwood (In Vosmik, Bělohávková, 2010) podotýká, že hypersenzitivita během dětství ustupuje, ale bohužel ne u všech, někteří s ní musí žít celý život. Mühlparch, Vítková (2004) dodávají, že deficity ve vnímání jsou přítomny i přes absenci poškození smyslové funkce. Dle Vosmika, Bělohávkové (2010) se u osob s Aspergerovým syndromem můžeme setkat se zvýšenou citlivostí na pořádek a až přehnanou čistotu.

2.3.3 Diagnostika poruch autistického spektra

Hartl, Hartlová (2010) vymezuje pojem diagnostika jako specifickou aktivitu, která je směřována ke zjištění diagnózy, projevů a příznaků nemoci s cílem determinovat její příčiny, způsob léčby a prognózu terapie.

V současné době je cílem snížit věk pro stanovení diagnózy PAS na období mezi 18.-24. měsícem věku, aby mohla být co nejdříve zahájena speciálněpedagogická péče (Čadilová, Jůn, Thorová, 2007; Thorová, 2006; Thorová, 2008). Diagnostika a následné stanovení diagnózy PAS je proces časově náročný a je zapotřebí podrobné vyšetření všech oblastí dětského vývoje. PAS diagnostikujeme vždy na základě celkového chování v několika specifických oblastech, nikdy ne základě jednoho nebo dvou projevů. Thorová (2008) apeluje na skutečnost, že vývoj dítěte v raném věku bývá velmi individuální. Například i mnohé intaktní děti se nerady mazlí a z objetí se odtahují, naopak jsou děti s autismem, které se mazlí rády, navazují oční kontakt či mluví. Také se setkáváme s dětmi s různou jazykovou vybaveností (dětmi nemluvicí, dětmi s vývojovou dysfázií, dětmi s dobrou slovní zásobou i děti výrazně jazykově nadané), různými intelektovými schopnostmi (dětmi s mentální retardací, dětmi s podprůměrnými či průměrnými schopnostmi, dětmi nadprůměrně nadanými). Diagnóza PAS by měla být výsledkem interdisciplinární spolupráce, jejíž součástí je vyšetření z oblasti psychologie, psychiatrie, neurologie, genetiky a úplné laboratorní vyšetření, kdy je

potřeba vyloučit případnou metabolickou poruchu (Hrdlička in Hort a kol., 2010; Opatřilová in Pipeková, 2010). Beranová, Thorová (2004) uvádí, že nejpodstatnější částí diagnostického procesu by mělo být psychologické vyšetření. Zároveň podotýkají, že jeho realizace má svá specifika, která se váží k problémům v chování, v recepci a jež plynou z deficitů v oblasti sociální interakce, komunikace a imaginace. Dle autorek (In ibid. 2004, s. 74): *„Existuje mnoho psychodiagnostických metod, které jsme zvykli v praxi používat. Avšak při vyšetření dítěte s poruchou autistického spektra je náš repertoár spíše omezen. Většinou nelze navázat dostatečně kvalitní kontakt s dítětem, nerozumí mnoha instrukcím, nereaguje na běžně prováděné pokyny“* Psychologické vyšetření je prováděno formou hry a je plně indikované již před třetím rokem života dítěte. Thorová (2008) považuje za neprofesionální, pokud odborník s vyšetřením vyčkává a vymlouvá se na nevyšetřitelnost dítěte vzhledem k nízkému věku. Hlavním nástrojem v diferenciální psychodiagnostice je pozorování, analýza anamnestických informací, interview, vývojové škály (např. Gesselova vývojová škála, škála N. Bayleyové), strukturované pozorování hry (např. škála TPBA), Wechserovy zkoušky inteligence, Ravenovy testy, testy rozumových schopností, analýza kresby, grafomotoriky a specifické diagnostické testy (Malatzies, 2010; Říčan, Krejčířova, 2006; Svoboda, Krejčířova, Vágnerová, 2001 et al.). Thorová (2008, s. 31) uvádí, že první varovné příznaky vedoucí k diagnostice pervazivních vývojových poruch (méně zřetelné u mírnějších forem autismu a Aspergerova syndromu) jsou:

- absence spontánní odložené imitace (nenapodobuje po čase akce a činnosti, které pozoruje ve svém okolí);
- nesdílí pozornost (nemá zájem o sledování činnosti druhé osoby, nenosí předměty na ukázkou);
- neukazuje, aby upozornil na něco zajímavého, nezkoordinuje ukazování s očním kontaktem;
- slabší sociální kontakt, ale dítě se mazlit může;
- méně živý a komunikační oční kontakt, do očí se dívat může;
- fixace na předměty, nezájem o hru, zvláštní hra;
- neschopnost symbolického uvažování (dítě spontánně nepředstírá, že obyčejné věci znázorňují něco jiného – př. banán je telefon, apod.);
- opožděný rozvoj řeči, neporozumění řeči, neadekvátní reakce na pokyny;

- obtížná usměrnitelnost;
- nepřiměřená emoční reaktivita;
- dítě celkově málo a nepružně vnímá různé podněty (zrakové, sluchové);
- dítě přecitlivěle reaguje na některé podněty (bolest, dotek, hluk, specifický zvuk);
- nedostatečná neverbální komunikace (mimika, gestika, postura);
- snížená schopnost okamžité nápodoby;
- odlišný kontakt s vrstevníky (pasivita, osamělost, agresivita, provokování, nevhodné chování, infantilita).

Z hlediska diferenciální diagnostiky je třeba poruchu odlišit od jiných forem PAS, mentální retardace, mentální retardace s poruchami chování, schizofrenie v dětství, obsedantně-kompulzivní poruchy, smyslových poruch, elektivního mutismu, vývojových poruch řeči a jazyka, sémanticko-pragmatické poruchy řeči, poruchy opozičního vzoru, poruchy aktivity a pozornosti, sociálně úzkostné poruchy a psychosociální deprivace (Hrdlička, 2010; Ošlejšková, 2008; Krejčířová, 2010 srov. Thorová, 2012; Bazalová, 2012).

Raná a správná diagnostika, diferenciální diagnostika, včasná verifikovaná diagnóza a následná adekvátní intervence jsou markantními predispozicemi pro dobré prognózy poruch autistického spektra. Proto je velmi důležité, aby co největší počet odborníků (především pediatři, speciální pedagogové, psychologové, psychiatři, neurologové a logopedi) dokázalo evidovat první symptomy, které mohou být ukazatelem pervazivní vývojové poruchy.

2.4 Komunikace osob s poruchami autistického spektra

Poslední kapitola v teoretické části se zabývá bližší specifikací problematiky komunikace u osob s PAS. Vymezení a objasnění pojmu „komunikace“ je uvedeno v kapitole 1. Bondy, Frost (2007, s. 22) uvádí, že: *„většina dětí s autismem má výrazné obtíže s oněmi pěti „reportérskými“ otázkami expresivní komunikace (otázkami co, jak, kdy, kde a proč). Některé děti s autismem mají daleko lepší schopnosti rozumět komunikaci druhých než se vyjádřit. Nicméně v případě mnohých jiných dětí s autismem budeme věnovat velkou pozornost tomu naučit je rozumět nám, stejně jako je učíme komunikovat.“* Dle autorů existují 2 hlavní důvody komunikace: jedním z nich je zajištění poskytnutí toho, co chceme (tj. **žádost**); druhým je **komentování**, jehož výsledkem je sociální reakce. Zjednodušíme-li výše uvedené, první důvod zahrnuje relativně konkrétní výsledek, jako je získání oblíbené pochoutky či hračky a druhý je v podstatě obecně sociální, pochvala či pozornost.

2.4.1 Narušená komunikační schopnost u osob s PAS

Dle Vágnerové (2005) je dominantním symptomem klinického obrazu poruch autistického spektra narušená komunikační schopnost a opoždění v osvojení komunikačních dovedností. Dle Lechty (1990, s. 19) termín narušená komunikační schopnost nejlépe vystihuje definice: *„Komunikační schopnost jedince je narušená tehdy, když některá rovina (nebo několik rovin současně) jeho jazykových projevů působí interferenčně vzhledem k jeho komunikačnímu záměru. Přitom může jít o foneticko-fonologickou, syntaktickou, morfologickou, lexikální, pragmatickou rovinu jazykových projevů, resp. může se jednat o verbální i neverbální, mluvenou i grafickou formu interindividuální komunikace, její expresivní i receptivní složku.“* Deficit může být trvalého či přechodného rázu. Expresí narušené komunikační schopnosti může mít podoby vady řeči vrozené, či získané poruchy řeči. V klinickém obrazu může dominovat anebo být symptomem onemocnění jiného. Jak Lechta (2003) uvádí dále, dle rozsahu se může jednat o narušení globální nebo parciální a daná osoba s tímto znevýhodněním si problémy může, ale také nemusí uvědomovat.

Thorová (2006) uvádí, že oslabení v komunikační schopnosti u osob s autismem jsou evidentní jak na úrovni receptivní, expresivní, tak na úrovni verbální i neverbální. V řečovém projevu jsou vždy patrné v jeho komplexním vývoji určité abnormality.

Mezi osobami s PAS jsou takoví, kteří verbálně nekomunikují a mají výrazné problémy v porozumění komunikačního sdělení, ale i osoby, jejichž řeč je plynulá a aktivní slovní zásoba je zcela intaktní (Čadilová, Thorová, Žampachová, 2011). Pečeňák (2003) dále podotýká, že komunikace osob s poruchami autistického spektra neslouží své základní funkci – výměně informací. O velmi malém komunikačním záměru také pojednávají Schopler, Reicher a Lansing (2011). Vágnerová (2008, s. 324) na daný problém uvádí, že: *„nej důležitější odchylkou je neschopnost používat řeč ke komunikaci, většinou jde spíše o repetitivní monolog než dialog. Verbální projev autistů obsahuje časté echolálie – dítě opakuje to, co řekl druhý člověk, avšak bez porozumění, bez potřeby pochopit obsah. Typická je verbální stereotypie, tj. používání stále stejných obrátů, např. těch, které dítě slyšelo v televizi. Objevují se i neologismy.“* Autorka ve shodě s Pečeňákem (2003) dodává, že osoby s poruchami autistického spektra často nepoužívají osobní zájmeno „já“. O sobě mluví ve druhé, třetí osobě, event. vůbec ne.

Dle Valenty (2003) má v rámci logopedické intervence své nepostradatelné místo také alternativní a augmentativní komunikace. Logopedická intervence by měla být cílená hlavně na rozvoj funkční komunikace – rozvíjení schopnosti vnímat a rozumět jazyku. Je ale nutné preferovat individuální přístup ke každému jedinci. Logopedická intervence u osob s PAS klade vysoké nároky na logopeda po stránce odborné i osobnostní.

2.4.2 Verbální komunikace

Braun (In Klenková, 2006, s. 29) vymezuje verbální komunikaci následovně: *„Do skupiny verbální (slovní) komunikace spadají všechny komunikační procesy, které se realizují za pomoci mluvené nebo psané řeči. Verbální komunikace má velkou sociální relevanci – inteligence člověka se manifestuje zejména ve slově a písmu.“* Verbální komunikace je tedy přenos informací, názorů, stanovisek či pocitů prostřednictvím slov (**verbum**), které nabývají mluvené i psané formy (Hartl, Hartlová, 2010). Logopedický slovník (Dvořák, 2001, s. 100) uvádí, že verbální komunikace je dorozumívání se prostřednictvím slov.

Dle Mikuláščíka (2010) je verbální komunikace určitá forma vyjádření, nezbytná součást sociálního života každého jedince, a také nepostradatelná podmínka rozvoje myšlení. Peutelschmiedová (2003) dodává, že řeč je schopnost, kterou se odlišujeme od zvířat a variabilitu v této dovednosti nacházíme také v rovině interpersonální.

Kerekrétiová (2010) označuje vývoj komunikace jako přirozený proces osvojování si porozumění, vyjadřování a používání komunikační schopnosti jako komplexního systému znaků a symbolů ve všech jeho formách v rámci ontogeneze člověka. Jak bylo jednou zmíněno, narušená komunikační schopnost se u osob s poruchami autistického spektra promítá v rámci ontogeneze řeči jak do její formy verbální a neverbální, tak do sféry recepcce i exprese a podstatným způsobem podmiňuje možnosti jeho globálního rozvoje.

Jedním z hlavních diagnostických měřítek autismu vedoucích ke stanovení diagnózy pervazivní vývojová porucha, je právě narušená verbální složka komunikace (Čadilová, Jůn, Thorová, 2007). Logopedické intervence by měla být dle Páté (2007) indikovaná tehdy, když dítě do 12. měsíce nežvatlá, do 12. měsíce negestikuluje, do 16. měsíce spontánně verbálně nekomunikuje a do 24. měsíce spontánně neužívá věty. Dále se zde patří ztráta jakýchkoli sociálních nebo jazykových schopností v kterémkoli věku, nepřítomnost reakce na oslovení, absence ve vyjadřování svých potřeb a snížená schopnost až neschopnost adekvátní reakce na pokyny druhých lidí.

Mlčáková (2011) uvádí, že si ve foneticko-fonologické rovině u klientů s narušenou komunikační schopností všímáme specifík dotýkajících se oblasti respirace, fonace, artikulace a rezonance. Jedná se o zvukovou rovinu řeči, jejíž rozvoji věnovali mnozí odborníci největší pozornost. Z pohledu logopeda je velmi důležité znát v ontogenezi lidské řeči přesné pořadí fixace hlásek, protože podle toho se postupuje při korekci správné výslovnosti (Klenková, 2006). Čadilová, Jůn, Thorová (2011) uvádí, že vývoj komunikace provází 5 základních typů. Zaprvé je to typ vývoje, kdy dítě mluvilo první slova, poté vývoj stagnoval a následovala regrese až úplná ztráta verbální exprese. Druhým typem je stav, kdy dítě verbálně komunikovat začalo a tato forma komunikace je přítomna stále, její vývoj je ale zpomalil. Následuje totální absence verbální komunikace, která není u jedince ani v předchozím věku evidována. Dalším příkladem vývoje řeči je specifická, náhlá stagnace její ontogeneze. Poslední typ je charakteristický tím, kdy jedinec splní řečové mezníky, často je vývoj akcelerován, ale zásadní regresi zaznamenáváme v sociální stránce verbální a neverbální komunikace. Z výše uvedeného vyplývá, že symptomem verbální komunikace je opožděný vývoj řeči. Mezi další symptomy patří tzv. echolálie. Dle Dvořáka (2001, s. 62) jde o: „*ozvěnovité opakování slyšených slabik, slov a vět po druhých osobách, obvykle bez pochopení obsahu řeči.*“ Lechta (2002) uvádí, že její exprese může signalizovat špatné

porozumění, snahu o navázání komunikace, ale také touhu pro dosažení určitého cíle či potřeby na sebe upozornit. Fyziologicky se echolálie vyskytuje v 8.-10. měsíci věku dítěte a dané období se nazývá experimentace se zvuky. Pečeňák (2003) ve shodě se Straussovou a Knotkovou (2011) uvádí, že u osob s poruchami autistického spektra se vyskytují po další dlouhou dobu, příp. po celý život. Thorová (2006) jednotlivé typy echolálií rozděluje na echolálii bezprostřední, bez komunikačního významu (tzv. **reflexní**), efekt posledního slova (**nefunkční bezprostřední echolálie**), echolálie **bezprostřední, s komunikačním významem, semiecholálii** (záměna zájmen a rodů), **echolálii opožděnou, bez komunikační funkce** a **echolálii opožděnou, plnící komunikační funkci** (pokud je dešifrována).

Mezi další specifika verbální komunikace, vyskytující se především u osob s Aspergerovým syndromem, řadíme, že dítě neprochází obdobím kladení otázek „Proč?“. Toto období je charakteristické pro věk okolo třetího až čtvrtého a půl roku a Lechta (1985) jej nazývá *Druhý věk otázek*. Jde v první řadě o zájem dítěte o okolní svět a potřebu získávat informace, které slouží k celkovému rozvoji osobnosti. Richman (2006) ve shodě s Vermaulenem (2006) uvádí, že pro dotazy jedinců s pervazivní vývojovou poruchou je typická ulpívavost na konkrétním, úzce vyhraněném tématu, stereotypnost v kladení otázek, obsesivní touha po získávání identických odpovědí a verbální stereotypie utvářející styl dotazu. Odlišnosti verbální komunikace od intaktní populace nacházíme také v modulačních faktorech řeči. Dle Thorové (2006, s. 105): *„využívání prozodických prvků v expresní složce řeči bývá narušené; příliš vysoko nebo příliš nízko posazený hlas, monotónní mechanické vyjadřování připomínající řeč robota (bez důrazu na klíčová slova, bez emočního zabarvení, jako je lítost, procitění, zlost), obtíže v modulaci hlasitosti (řeč je příliš nahlas nebo potichu, neschopnost ztišit či zesílit hlas na požádání nebo přizpůsobit se okolnostem – posluchač je vzdálenější, nechceme, aby nás někdo slyšel apod.), zvláštní rytmus – dítě mluví ‚staccato‘ nebo ‚legato‘.“* Baroh-Cohen a Staunton (In Richman, 2005) podotýkají, že jakmile jsou jedinci s PAS zaujati výrokem natolik, že je mimořádně osloví, dokáží původní zdroj bezchybně napodobit (např. v případě oblíbeného seriálového hrdiny, moderátora či zpěváka).

Dále je potřeba uvést artikulační obtíže jedinců s PAS, pro které je na jednu stranu typická setřelá až nesrozumitelná artikulace, ale můžeme se setkat (především u

osob s Aspergerovým syndromem) s precizní, výraznou až akcentovanou realizací jednotlivých hlásek (srov. Boyd (2011); Čadilová, Jůn, Thorová (2011)).

Klenková (2006) uvádí, že morfologicko-syntaktickou jazykovou rovinu, neboli gramatickou, lze zkoumat až okolo prvního roku života, kdy začíná vlastní vývoj řeči. První slova jsou neohebná, podstatná jména se vyskytují v prvním pádě, slovesa v infinitivu, případně ve třetí osobě nebo v rozkazovacím způsobu a dítě nesklonuje ani nečasuje. Skloňování začíná mezi druhým a třetím rokem, mezi třetím a čtvrtým rokem dítě začíná tvořit souvětí. Sovák (1972) uvádí, že pravidla syntaxe se dítě učí samo pomocí transferu (transfer je přesný, gramatické výjimky nebere v úvahu). Ale po čtvrtém roce by neměla gramatická stránka projevu dítěte v běžných komunikačních situacích vykazovat žádné nápadné odchylky. Pátá (2007) poukazuje na to, že verbální komunikace osob s PAS vzhledem k morfologicko-syntaktické jazykové rovině vykazuje deficity markantní. S autorkou ve shodě Sigamma a Cappse (2000) uvádí, že k deficitům patří sklon k užívání holých, jednoslovných či dvouslovných vět, ale také problémy s přivlastňovacími zájmeny, skloňováním, časem a rody. Dalším specifickým rysem je absence předložek, spojek a pomalé osvojování si gramatických pravidel daného jazyka. Častá bývá inklinace k používání infinitivů a problematickou oblastí jsou zájmena (Jelínková, 1999). K problematice využívání zájmen Vágnerová (2008, s. 324) uvádí: „Často nepoužívají osobní zájmeno *já*. Mluví o sobě ve druhé nebo třetí osobě, event. vůbec ne.“

Lexikálně-sémantická jazyková rovina se zabývá slovní zásobou, jejím vývojem, a to jak v pasivním, tak i v aktivním slovníku, společně se sémantikou, morfémy a jinými znaky (Klenková, 2006). Thorová (2006) uvádí, že osoby s poruchami autistického spektra mají potíže v chápání široké škály všech funkcí komunikace, tudíž mají problémy s rozlišením toho, k čemu jednotlivá slova slouží a k následujícím patří těžkosti s pochopením, že existují slova, která mají obecný význam. Říhová (2009) problém s abstrakcí potvrzuje a uvádí, obtíže ústí v řadu problémů ztěžující lidem s PAS interpersonální komunikaci. Dle Howlin (2005): „*I když slovní zásoba mnohých lidí s autismem zůstává i v dospělosti omezena, u některých se vyjadřovací schopnosti s věkem pozoruhodně zlepší.*“ Dále autor uvádí, že i přesto problémy v hledání správných slov a výrazů k vyjádření vlastních myšlenek pokračují. Autoři Bondy a Frost (2007) upozorňují na skutečnost, že vývoj aktivní slovní zásoby bývá často do druhého roku věku dítěte s poruchami autistického spektra intaktní. Vývojovou regresi

až absenci verbálního projevu evidujeme až okolo třetího roku věku dítěte. Dá se říci, že ve věku dvou až tří let u dětí s PAS nacházíme kvantitativně odlišnou slovní zásobu vzhledem k dětem intaktním. Beyer a Gammeltoft (2006, s. 26) uvádí, že: *„jsou však děti s autismem, u nichž se vytvoří řeč i funkční slovní zásoba, které pochopí gramatická pravidla a podobně. I tyto děti s autismem však mají problémy s dialogem a vzájemností (pragmatické využití řeči)“*.

Jednou z posledních, ale stěžejních oblastí, která navazuje na výše uvedenou citaci, je pragmatická jazyková rovina. Lechta (2009) vymezuje pragmatickou rovinu jako rovinu sociální aplikace, tzv. sociální uplatnění komunikační schopnosti. Klenková (2006) uvádí, že již po třetím roce je u dítěte patrná snaha komunikovat, navazovat a udržovat krátký rozhovor s dospělými ve svém okolí. Ve čtyřech letech dokáže stále častěji komunikovat přiměřeně dané situaci. V tomto období, období se nazývá „intelektualizace řeči“, dochází k regulační funkci řeči, chování dítěte je možné řečí usměrňovat a dítě samotné používá řeč k regulaci okolí. Pragmatická jazyková rovina je nezbytným předpokladem pro funkční sociální interakci. Bondy a Frost (2007) zmiňují dopady narušené pragmatické roviny a uvádějí, že se všichni cítíme velmi frustrovaní, pokud nemůžeme mít věci, které nejvíce chceme. A cítíme-li se frustrovaní, končívá to tak, že děláme věci, které nejsou příjemné nám, ani jiným. Děti, které mají výraznější komunikační deficity, se mohou projevovat výbuchy vzteku, agresivitou či sebezraňováním spojeným s frustrací nad neschopností dostat to, co v dané chvíli chtějí. Současně autoři (In ibid., s. 42) uvádějí, že pokud: *„chceme dítě naučit nové komunikační dovednosti, které by nahradila problémové chování, jež používá jako komunikační strategii, musíme si být jisti, že nová dovednost opravdu dosahuje toho, čeho dítě chtělo ve skutečnosti dosáhnout. Takže děti, které potřebují pomoc, musí se naučit, jak o ni požádat, zatímco ty, které potřebují více podpory, musíme naučit, jak požádat o podporu. Podobně děti, které si musí odpočinout od nudné či obtížné aktivity, se musí naučit, jak požádat o pauzu.“* K důležitosti nácviku funkční komunikace se přiklání i další autoři: Attwood (2005), Richman (2006) a Straussová, Knotková (2011). Dle Straussové, Knotkové (2011) je hlavní překážkou ve funkční komunikaci selhávání v sociálních situacích. Dětem s PAS chybí potřeba sdílení vlastních myšlenek a absenteje reakce na otázky, protože jednoduše nechápou, že myšlenky všech lidí ve stejném čase nejsou homogenní.

2.4.3 Neverbální komunikace

De Vito (2008) vymezuje neverbální komunikaci jako přenos informací, který je uskutečňován beze slov. Jinými slovy můžeme říci, že se jedná se o řeč těla, která je upřímnější než slova. Nelešovská (2005) odhaduje, že pouhých 7% informací, které získáváme z rozhovoru, jsou nám poskytovány slovy. Dle Šimíčkové-Čížkové (2004) daná forma komunikace spočívá v záměrném používání mimoslovních prostředků k recipročnímu vyjadřování, dorozumívání či ovlivňování. Klasifikace neverbální formy komunikace jsou různé, např. dělení ve výše zmíněné publikaci je: na proxemiku, haptiku, kineziku, gestiku, mimiku a pohledy.

Pro osoby s PAS jsou deficity v oblasti neverbální komunikace typické, proto evokují osobnostní dysharmonii primárně spočívající ve snížené schopnosti či neschopnosti dešifrovat a vyjadřovat neverbální stimuly. Hlavní funkce neverbální komunikace, jak již bylo naznačeno, je ve zdůraznění verbálního sdělení a v doplnění významných nuancí. Dalším významem je regulace verbálního sdělení, možnosti neverbálně přeformulovat verbální expresi a také lidé pomocí neverbální komunikace mohou nahradit komunikaci verbální (srov. Čáp, Čechová, Rozsypalová, 1992; De Vito, 2008; Vágnerová, 2007). Vágnerová (2007) poukazuje na její determinovanost sociokulturními faktory a dále na skutečnost, že i neverbální přenos informací se musí člověk v průběhu života naučit. U osob s PAS je deficit v sociální interakci zřetelný, proto nacházíme viditelné aberace i v této schopnosti.

Nesnídalová (2004) uvádí, že výraz obličeje jedince s pervazivní vývojovou poruchou neinformuje o jeho vnitřních pocitech. Výraz pro základní emoční prožívání, jako je libost, nelibost, odpor, nemůže být adekvátně prezentován, většinou dominuje jeho neutrálnost. Dle Doherty-Sneddona (2005, s. 123-124): „*Při vyjadřování emocí je obličej obzvláště významný. Ostatní neverbální kanály nedefinují specifické emoce, ale informují o jejich intenzitě. Z obličeje lze vyčíst také jiné typy velmi důležitých informací, některé výrazy se používají ve všech kulturách a mnohé z nich nepotřebují slovní doprovod.*“ Nesnídalová (1994) vzhledem k výše zmíněným skutečnostem zavedla termín „výraz mlčenlivé moudrosti“ zahrnující oploštělou mimiku osob s PAS, která v dostatečné míře nereaguje na aktuální dění. Thorová (2006) uvádí, že úsměv dítěte s PAS v rámci sociální interakce obvykle chybí nebo je nezřetelný (v jiné situaci je křečovitý nebo jej je dítě schopno sdílet jen s těmi nejbližšími). Osoby s PAS obtížně dekodují a interpretují neverbální komunikaci, tím vzniká deficit ve schopnosti

rozeznávat signály, jež komunikační partner prostřednictvím mimiky zprostředkovává (srov. Čadilová, Jůn, Thorová, 2007; Gillberg, Peeters, 2003; Lawson, 2008).

Na důležitost zraku jako smyslového orgánu poukazuje Lechta (2002). U intaktních dětí je zájem o zrakový kontakt patrný během pár hodin od narození. Bowlby (2010) uvádí, že dítě pouhé 3 hodiny od porodu dokáže sledovat tvář matky – je schopno navázat zrakový kontakt. Dovednost udržet zrakový kontakt na delší časový úsek se rozvíjí během prvních třech měsíců věku dítěte a okolo devátého měsíce dozrává sledování směru pohledu ke vzdálenějším objektům (Thorová, 2006). Někteří lidé s PAS i přes intaktnost zrakové vady nedokáží používat daný smysl správným způsobem. Autorka dále uvádí, že obtíže mohou nastat s fixováním zraku na předměty a v důsledku ulpívání nedokáží distribuovat vizuální pozornost z jednoho podnětu na druhý. „*Oční kontakt ani gestikulaci neumějí využívat ke komunikaci.*“ (Vágnerová, 2008, s. 320) Obtížemi ve zrakovém vnímání u osob s PAS se dále zabývají Gillberg, Peeters (2003) a Hrdlička, Komárek (2004). Zmínění autoři uvádějí, že deficity v dané schopnosti jsou zjevným symptomem pervazivní vývojové poruchy a k hlavním specifikám patří především menší frekvenční četnost v navazování a udržování očního kontaktu. Richman (2006) dodává, že možnosti zrakové percepce jsou také ovlivňovány změněnou senzoričnou percepcí ve smyslu hypersenzitivity, hyposenzitivity či přítomnosti autostimulační činnosti zaměřené na zrakové podněty.

Dalším z důležitých prostředků neverbální exprese a recepce člověka i živočichů je posunek – tělesný pohyb (Atkinson, 2003). Užití gest v průběhu komunikace zahrnuje velké množství informací, které znázorňují například míru znalostí a úroveň chápání. Jak uvádí Šimíčková-Čížková (2004), shrnutím výše zmíněného, že gesta jsou podstatným vnějším indikátorem lidského myšlení a vědomostí. V případě gest, které jsou jednoznačně spojené s jejich významem, obvykle u osob s PAS neevidujeme obtíže v jejich užití. Ovšem v případě, kdy vizuální spojení mezi gestem a významem nekoreluje (což je dominantní část ze všech typů této formy neverbální komunikace), osoba s PAS selhává. Dle Jelínkové (1999) vznikají markantní problémy převážně u gest symbolických, která nejsou jednoznačná a jejichž význam je potřeba dedukovat ze sociální interakce nebo zcela domýšlet. „*Málo (nebo vůbec) používá ukazování, oční kontakt je méně kvalitní, mimika a gesta jsou chudší, nekývne na souhlas, nevýrazně (nebo vůbec) zavrtí hlavou při nesouhlasu. Málo (nebo vůbec) koordinuje gesta s očním kontaktem, nesleduje směr pohledu druhé osoby, nepodívá se do očí, aby získal souhlas, pochvalu nebo sdílel společný zájem.*“ (Thorová, 2007).

Další oblastí neverbální komunikace, kde u osob s PAS nacházíme menší či podstatné odlišnosti je tělesná posturace a somatická kineze. Attwood (2005) uvádí, že pro tuto somatickou oblast je typické nedodržování adekvátní distance v průběhu personální interakce a prezentace neobvyklých, nápadných a nestandardních projevů (např. poskakování, kývání, kolébání, svěšená ramena či točení se dokolečka). Thorová (2006) dodává, že častým symptomem je užití fyzické manipulace k vyjádření a dosažení cíle tím, že děti s PAS mají tendenci využívat ruku dospělého jako nástroj (např. ukazují jeho rukou na dálku nebo v knížce, užívají ruku k otevření dveří, k uchopení tužky, apod.). Přitom ovšem nepoužijí jiné prostředky neverbální komunikace, jako je zrakový kontakt či vizualizace.

2.4.4 Systémy alternativní a augmentativní komunikace

Pojmem alternativní a augmentativní komunikace (AAK či AAC – alternative and augmentative communication) se označuje dynamická multikulturní oblast kompenzující (přechodně či trvale) projevy těžkých poruch expresivní složky řeči (Cséfalvay, Vliet, Gúthová, 2002; Ludíková a kol., 2005). Laudová (2007) uvádí, že augmentativní, z lat. *augmentare* – rozšiřovat, jsou systémy komunikace, které mají podporovat již existující, ale pro běžné dorozumívání nedostatečné komunikační schopnosti. Alternativní komunikační systémy slouží jako náhrada mluvené řeči. Efektivní využívání AAK v praxi se prolíná širokým spektrem těžkých postižení, v jejichž důsledku došlo k poruchám komunikace, tzn. od vrozených poruch – mozkové obrny, sluchového postižení, mentálního postižení, kombinovaných postižení, autismu, apod. přes získané poruchy – po cévní mozkové příhodě, úrazech mozku, nádorech mozku, získaného sluchového postižení, apod. po degenerativní onemocnění – skleróza multiplex, amyotrofická laterální skleróza, Parkinsonova nemoc, apod. (Laudová, 2007; Janovcová, 2010)

Systémů AAK dle základní klasifikace můžeme vymezit jako: **systémy**, které při komunikaci **nevyžadují pomůcky** (př. komunikace cíleným pohledem, výrazy obličeje, gesta, držení těla, manuálními znaky a systémy) a **systémy**, které **vyžadují pomůcky** (které dále můžeme rozdělit na technické a netechnické). Právě pomůcky netechnické můžeme využít při komunikaci s osobami s PAS. Řadíme mezi ně trojrozměrné symboly, fotografie, bliss symboly, Picture Communication Symbols (PCS), symboly Makaton, piktogramy a komunikační tabulky. Při komunikaci s dětmi s PAS využívám

hlavně výměnný obrázkový komunikační systém - VOKS, viz níže, proto je mu zde věnována největší pozornost.

Výměnný obrázkový komunikační systém - VOKS

Komunikační systém VOKS teoreticky vychází z principů metody PECS – The Picture Exchange Communication System (Bondy, Frost, 1994). Autorkou systému upraveného pro podmínky v České republice je Margita Knapcová. Modifikaci metody PECS začala zkoušet již od roku 2001. Komunikační systém vznikal postupně ověřováním principů původního PECS v praxi i podmínkách českého speciálního školství. Oba systémy jsou postavené na stejných principech: **vysoká motivace** (konkrétní výběr odměn pro konkrétní osobu); **smysluplná a účelná výměna obrázku za věc**; **podpora iniciativy klienta použitím fyzické asistence a podpora nezávislosti uspořádáním lekcí** (pozdější zařazení otázky: „Co chceš?“).

Jak ve své metodice Knapcová (2011) uvádí, cílem komunikačního systému VOKS je rychlé nabytí funkčních komunikačních dovedností. Jde o způsob učit klienty jak a hlavně proč komunikovat. Celý nácvik je veden tak, aby klienti byli co nejméně závislí a samostatně využívali svůj vlastní komunikační systém. Již od počátku nácviku se klienti vedou k tomu, aby sami navazovali kontakty a sami se stávali iniciátory komunikace. Tento komunikační systém je určen především pro osoby s poruchami autistického spektra. Jak autorka uvádí: „*S úspěchem však lze VOKS využít i u klientů jiných diagnóz s výraznějšími problémy v dorozumívání se (Downův syndrom, DMO, afázie, těžké formy dysfázie, ...). Mívá úspěch i u klientů, kde jiné alternativní a augmentativní komunikační systémy selhaly, nebo zcela neplní účel funkční a iniciativní komunikace.*“

S nácvikem lze začít v jakémkoli věku - VOKS můžeme zavést ihned, jakmile je zřejmé, že dítě má problémy s funkční komunikací. Ale musí být splněn základní předpoklad komunikačního systému, že osoba bezpečně zvládá diferenciaci reálných předmětů na úrovni reprezentační (jde o pochopení, k čemu určitý předmět slouží).

Hlavní rozdíl mezi metodikou PECS a VOKS

Bondy, Frost (2007) v metodice PECS vychází ze dvou hlavních důvodů ke komunikaci: získat konkrétní předměty, události či jednání; získat sociální odměny, mezi které patří pozornost či pochvala. Autoři v průběhu studie zjistili, že u žádného malého dítěte s autismem nejsou sociální odměny efektivními motivačními prvky.

Z tohoto důvodu začali učit komunikaci na věcech, o kterých věděli, že má dítě rádo (v metodice VOKS bylo také použito). „Výuku PECS jsme rozložili do šesti fází. V první fázi se děti učí iniciovat komunikaci. Druhá fáze se rozšiřuje o použití obrázků u jiných lidí, na jiných místech, o jiné odměny. Třetí fáze je určena specifické volbě mezi obrázky. Čtvrtá fáze učí dítě konstruovat jednoduché věty. ... Pátá fáze poskytuje ujištění, že děti mohou reagovat na přímou otázku: „Co chceš?“, zatímco šestá fáze učí děti komentovat různé předměty a aktivity.“ (in ibid., s. 71).

Přestože metodika VOKS vychází z metodiky PECS, je v mnoha ohledech rozdílná. VOKS má vyšší počet hlavních lekcí a také je rozšířen o lekce doplňkové. Snaží se o větší přehlednost a je podrobnější a propracovanější. Metodika VOKS obsahuje i nové možnosti postupů, které vyplynuly z autorčiny praxe v průběhu zkoušení. Dále obsahuje příklady konkrétních nácvikových situací a ukázek, jakým způsobem zavádět a procvičovat přibývajících slovní zásobu. Metodika je samozřejmě přizpůsobena jazykovým aspektům češtiny, např. skloňování, a bere v potaz i řečové úskali klientů s PAS.

Metodika VOKS na rozdíl od metodiky PECS klade značný důraz na vizuální podporu řeči komunikačních partnerů klienta, tj. obrázek + slovo. U každé lekce je zapotřebí pomoc asistenta, metodika PECS se o asistenci zmiňuje jen v některých málo případech.

Struktura metodiky VOKS

Metodika VOKS je rozdělena na dvě části: přípravné práce; výukové a doplňkové lekce.

„Přípravné práce“ obsahují důležité informace týkající se učitelů komunikačního systému VOKS a prostředí nácviku. Dále popisuje pomůcky nezbytné ke komunikaci, jejich přípravu a způsob při výběru odměn potřebných pro zahájení nácviku.

„Výukové lekce“ tvoří hlavní strukturu nácviku. Klient se v nich učí spontánně požádat o oblíbenou věc výměnou za obrázek, na větný proužek složit jednoduchou větu z obrázků a nakonec se učí reagovat na různé otázky a musí umět okomentovat činnosti a okolí. Výukové a doplňkové lekce tvoří kostru celého systému VOKS a je velice důležité dodržovat dané instrukce a přesné pořadí řazení jednotlivých lekcí. V „doplňkových lekcích“ klient rozvíjí obrázkovou slovní zásobu, učí se navazovat oční kontakt, rozvíjet větnou stavbu a nacvičovat tzv. obrácenou komunikaci (komunikační partner si s klientem mění role).

Dopad přítomnosti pervazivní vývojové poruchy se projeví již v prvních letech života jedince. Jedna ze stěžejních problematických oblastí je právě oblast komunikace, verbální i neverbální. Jak již bylo zmíněno, řečový vývoj mívá velmi často zvláštní průběh a nejdůležitější odchylkou je neschopnost využívat řeč ke komunikaci, osoby s PAS ani neprojevují o tento druh interakce zájem, protože nechápou její smysl.

*Ve snaze pomoci osobám s poruchami autistického spektra rozumět a funkčním způsobem mluvenou řeč používat se zavádějí různé formy alternativní a augmentativní komunikace. Komunikační systém VOKS, vycházející z metodiky PECS, dává těmto osobám možnosti **jak** a **proč** komunikovat, tedy pochopit význam komunikace. Zároveň se snaží o samostatné použití svého komunikačního systému a celkově o iniciativní přístup ke komunikaci. Dá se říci, že díky tomu jsou osoby s PAS mnohem samostatnější a nejsou tolik odkázáni na pomoc druhých – rodičů, učitelů či vychovatelů.*

3 Praktická část práce

3.1 Logopedická intervence u osob s poruchami autistického spektra

Se zlepšující diagnostikou poruch autistického spektra roste také počet osob s tímto zdravotním postižením navštěvujících logopedii v klinické logopedické praxi. Velká část z nich s diagnostikovanou pervazivní vývojovou poruchou je v případě indikace logopedické intervence primárně doporučena právě ke klinickému logopedovi. Hlavním východiskem pro realizaci daného výzkumu je šetření, které by analyzovalo stávající situaci v poskytování logopedické intervence u osob s poruchami autistického spektra v oblasti Středních Čech a v Praze.

3.1.1 Cíle výzkumného projektu, metodologie

Hlavním cílem rigorózní práce a výzkumného projektu je analyzovat logopedickou intervenci u dětí s poruchami autistického spektra.

Teoretická část rigorózní práce má charakter teoretického výzkumu. Při jejím zpracování byla analyzovaná odborná literatura zabývající se poruchami autistického spektra.

Výzkumný projekt rigorózní práce je tvořen ze dvou výzkumných šetření. První je zpracováno s využitím *metody kvantitativního výzkumu*. Jako metoda byl zvolen dotazník. Jednalo se o anonymní dotazník vlastní konstrukce zasílaný Českou poštou, popř. emailem. Byli osloveni všichni kliničtí logopedi v již zmíněných oblastech. Zde byla stanovena následující otázka: Jaká je připravenost klinických logopedů na logopedickou intervenci u klientů s PAS? Druhé výzkumné šetření bylo zpracováno *metodou kvalitativního výzkumu*. Dle Švaříčka a Šed'ové (2007) je kvalitativní výzkum procesem zkoumání jevů a problémů v autentickém prostředí. Cílem je získat komplexní obraz těchto jevů. Gavora (2000) upřesňuje, že cílem je hluboké proniknutí do konkrétního případu a objevení nových souvislostí, které se kvantitativním výzkumem odhalit nedají. Výzkumné šetření bylo zaměřeno na vyhodnocení logopedické intervenci u zvolené klientely v ordinaci klinické logopedie. Jednalo se o 4 případové studie klientů různého typu PAS a následně byly porovnávány metody, formy a přístupy. Dle Edelsberger (Valenta, 2004) by měla kazuistika obsahovat rodinnou a osobní anamnézu, diagnózu, prognózu, terapeutickou, terapeuticko-formální či

reedukační intervenci, jejich průběh a výsledky, popřípadě katamnézu. Jako zdroje dat nám poslouží široké spektrum materiálů – lékařská dokumentace, zápisy z terapií, deníky, rozhovory, pozorování apod. (Miovský, 2006). Ke zpracování byla využita obsahová analýza dokumentů; pozorování – „*pozorováním je možné popsat, co se děje, kdo nebo co se účastní dění, kdy a kde se věci dějí, jak se objevují a proč.*“ (Hendl, 2005, s. 193); analýza výsledků činností a polostrukturovaný rozhovor s rodiči a speciálními pedagogy. Rozhovor neboli interview (Čermák, 1998) popisuje situaci vzájemného předávání pohledů a názorů. Vyžaduje aktivní účast tázaného, ale i tazatele, který používá předem připravené otázky pro zodpovězení výzkumného problému. Uvedený typ rozhovoru je kombinací strukturovaného a nestrukturovaného a snaží se využít co nejvíce výhod obou. Hendl (2005) dále uvádí, že respondentům je potřeba ponechat prostor pro zamyšlení nad tématem a pro hledání vhodných odpovědí, proto je nutné počítat s časovou náročností sběru dat. Okruh otázek rozhovoru se opírá o komunikativní kompetence vymezené v Rámcovém vzdělávacím programu pro obor vzdělávání základní školy speciální.

Dříve než se vytvořily výzkumné otázky, bylo třeba přesně formulovat účel výzkumu a výzkumný problém. Jak uvádí Hendl (1997, s. 45): „*Vyjasnění účelu výzkumu jako specifickou a přesnou synapsí celkového účelu studie.*“ Cílem tedy je analyzovat současný stav poskytované logopedické intervence u dětí s poruchami autistického spektra.

K dosažení cíle byly formulovány parciální výzkumné otázky:

- Jaká je četnost dětí s poruchami autistického spektra v logopedických ambulancích?
- Jsou kompetence klinického logopeda dostačující pro práci s dětmi s PAS?
- Jaká diagnostická kategorie PAS se v logopedických ambulancích nejčastěji vyskytuje?
- Jaká je interdisciplinární spolupráce klinických logopedů s jinými odborníky?
- Jakou formu alternativní a augmentativní komunikace kliničtí logopedi využívají pro práci s dětmi s PAS?

Na základě parciálních výzkumných otázek byly stanoveny hypotézy:

H1 – Kliničtí logopedi ve Středních Čechách mají v péči více klientů s PAS než kliničtí logopedi v Praze.

H2 – Kliničtí logopedi, jejichž praxe v oboru je méně než 10 let se cítí dostatečně kompetentní než kliničtí logopedi, kteří uvádějí praxi déle než 10 let.

H3 – V péči klinických logopedů se častěji vyskytuje diagnostická kategorie dětského autismu, než atypický autismus.

H4 – Kliničtí logopedi v rámci interdisciplinární péče spíše spolupracují se speciálním pedagogem, než psychologem.

H5 – Kliničtí logopedi využívají pro práci s klienty s poruchami autistického spektra spíše piktogramy, než komunikační systém VOKS.

Výsledky testování byly zpracovány do tabulek v programu Microsoft Word a pro větší přehlednost přepracovány do grafů v programu Microsoft Excel.

Časový harmonogram práce:

- prosinec 2013 až březen 2016
- zpracování a předložení projektu: leden 2014
- vymezení teoretických východisek: leden až červenec 2014
- sběr dat, zpracování výsledků: srpen 2014 až prosinec 2015
- dokončení rigorózní práce: duben 2016

3.1.2 Charakteristika výzkumného vzorku

Základní soubor tvořili kliničtí logopedi ze Středních Čech a Prahy. Seznam aktuálních zařízení klinické logopedie byl zjištěn na internetových stránkách Asociace klinických logopedů (www.klinickalogopedie.cz). Prostřednictvím emailu byla odeslána prosba s účastí na výzkumném projektu. Email obsahoval představení výzkumného projektu s již výše zmíněnou žádostí o účast.

Odesláno bylo 153 emailů (101 Praha, 52 Střední Čechy). Pro nedoručení se vrátilo 7 emailů, počítejme s údajem **146** skutečně odeslaných emailů. Zpět se vrátilo **59** emailů (24 Praha, 35 Střední Čechy). Z toho **8** si nepřálo dotazník zaslat, **51** ano. Formou elektronickou bylo odesláno 29 dotazníků, Českou poštou 22 dotazníků. V průběhu dvou měsíců se postupně vrátilo **43** vyplněných dotazníků (18 Praha, 25 Střední Čechy). Návratnost z celkového počtu skutečně zaslaných dotazníků byla **84,3%** (viz tabulka č. 3). Procentuální účast všech oslovených klinických logopedů, tj. 146, byla pouhých **29,5%** (viz tabulka č. 4).

Počet odeslaných a vrácených dotazníků		
<i>odeslané dotazníky</i>	<i>četnost</i>	<i>procentuální četnost</i>
celkem	51	100
vráceno	43	84,3

Tabulka č. 3: Počet odeslaných a vrácených dotazníků elektronickou formou a Českou poštou

Počet oslovených klinických logopedů		
<i>oslovení kliničtí logopedi</i>	<i>četnost</i>	<i>procentuální četnost</i>
celkem	146	100
vráceno	43	29,5

Tabulka č. 4: Počet oslovených klinických logopedů prostřednictvím emailové komunikace s prosbou o účast ve výzkumném šetření

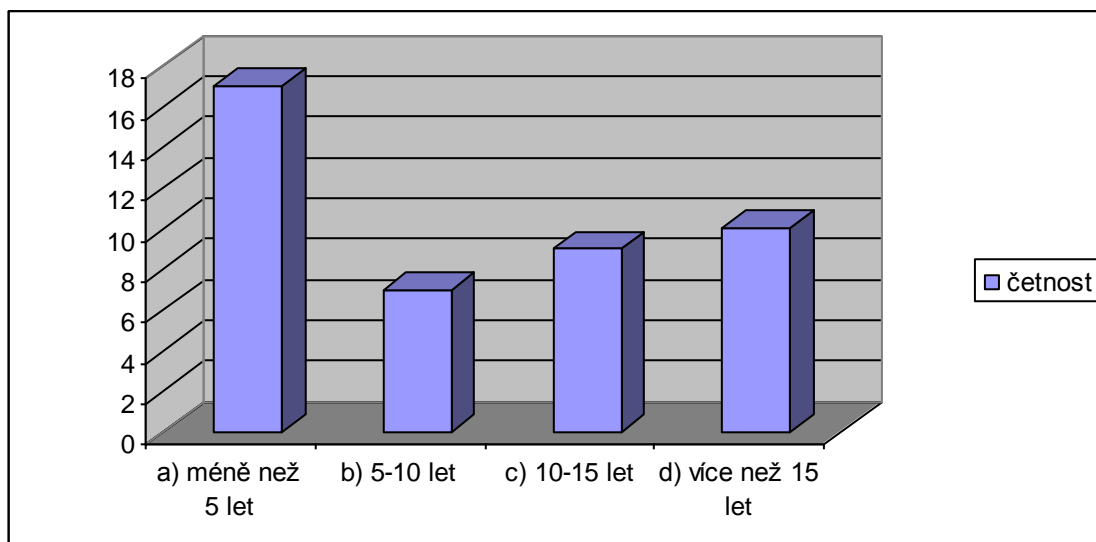
3.1.3 Vlastní šetření

Kvantitativní část výzkumu

Na začátku výzkumu bylo na základě dosavadních zkušeností a analýz publikovaných v odborné literatuře, která se věnuje problematice poruchou autistického spektra, stanoveno již výše zmíněných hypotéz. Hypotézy vycházejí ze samotného studia odborné literatury a korespondují se strukturou zvolených otázek v dotazníku.

1. Jaká je délka Vaší praxe?		
<i>délka praxe v letech</i>	<i>četnost</i>	<i>procentuální četnost</i>
a) méně než 5 let	17	39,5
b) 5-10 let	7	16,3
c) 10-15 let	9	20,9
d) více než 15 let	10	23,3
Σ	43	100

Tabulka č. 5: Délka praxe klinických logopedů

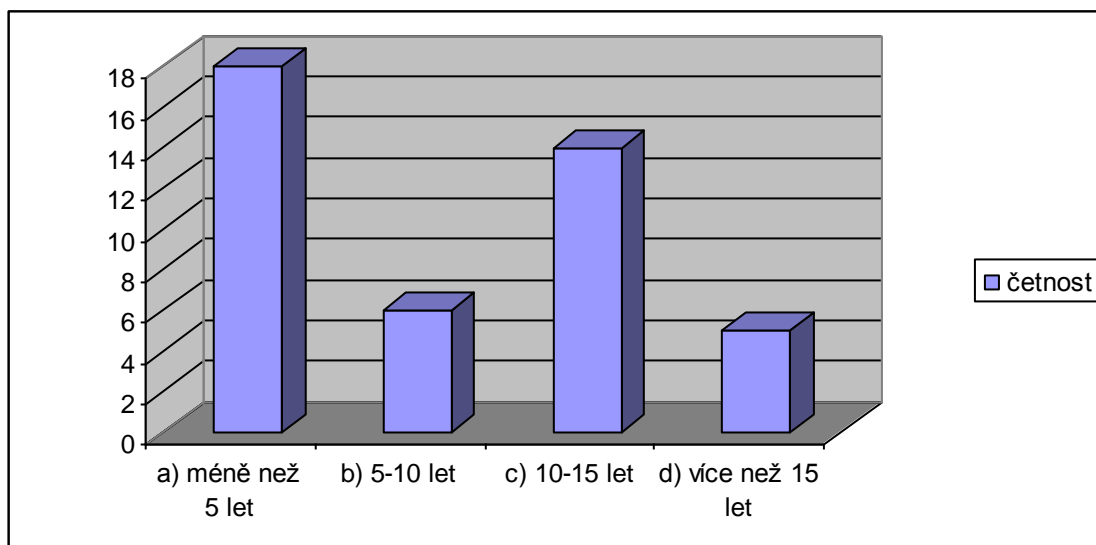


Graf č. 1: Grafické znázornění tabulky č. 5

Z uvedené tabulky č. 5 a grafu č. 1 je patrné, že největší četnost klinických logopedů, kteří vyplnili dotazník, má délku odborné praxe méně než 5 let. 10 klinických logopedů deskriptovalo délku praxe více než 15 let a nejnižší četnost (7 logopedů) uvádí, že délka jejich praxe je 10-15 let. Z uvedených údajů vyplývá, že největší ochota k vyplňování dotazníku je mezi klinickými logopedy s praxí méně než 5 let, což může být také dáno tím, že si lépe uvědomují danou problematiku a sami se nedávno potýkali s vlastním výzkumným šetřením.

2. Jaká je délka Vaší praxe s osobami s poruchami autistického spektra?		
<i>délka praxe v letech</i>	<i>četnost</i>	<i>procentuální četnost</i>
a) méně než 5 let	18	41,9
b) 5-10 let	6	13,9
c) 10-15 let	14	32,6
d) více než 15 let	5	11,6
Σ	43	100

Tabulka č. 6: Délka praxe s osobami s poruchami autistického spektra

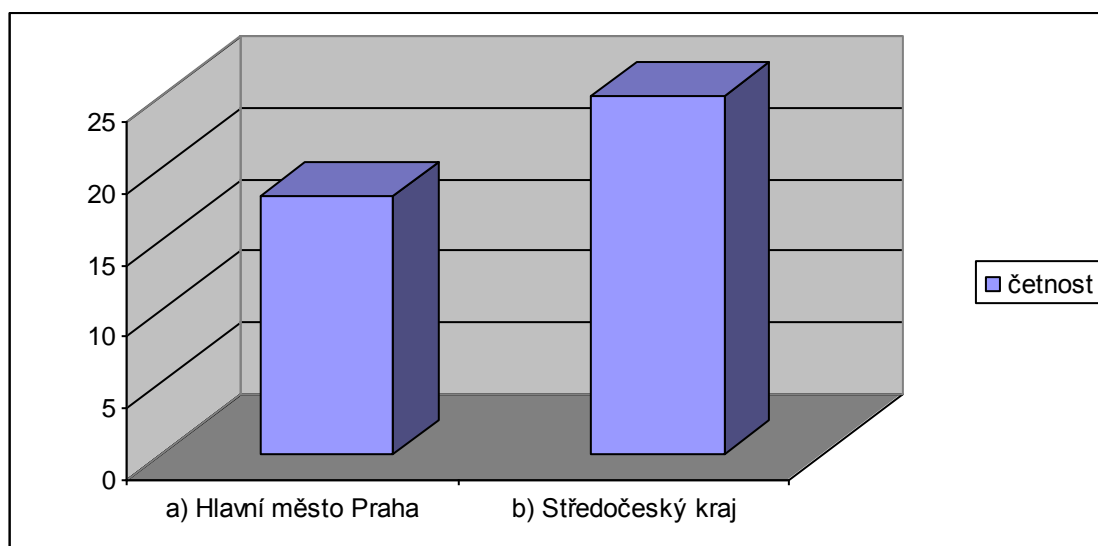


Graf č. 2: Grafické znázornění tabulky č. 6

Z výše uvedené tabulky č. 6 a grafu č. 2 vyplývá rozdílnost čísel při porovnávání samostatné klinické praxe s osobami s PAS. Zkušenost kratší než 5 let má celkem 18 dotazovaných klinických logopedů, což je skoro třetina všech zúčastněných. Druhou nejvyšší délku praxe a práce s osobami s PAS má 14 klinických logopedů, tj. 10-15 let a nejmenší položku v dané tabulce č. 6 a grafu č. 2 zastupuje zkušenost více než 15 let. Z uvedeného lze usuzovat na relativní „novost“ dané problematiky.

3. Kde se nachází Vaše pracoviště?		
<i>výskyt pracoviště</i>	<i>četnost</i>	<i>procentuální četnost</i>
a) Hlavní město Praha	18	41,9
b) Středočeský kraj	25	58,1
Σ	43	100

Tabulka č. 7: Místo výskytu pracoviště



Graf č. 3: Grafické znázornění tabulky č. 7

Z tabulky č. 7 a grafu č. 3 vyplývá, že výzkumného šetření se zúčastnilo více klinických logopedů ze Středočeského kraje, tj. 25 ze 43. Lze to vysvětlit tím, že ve Středočeském kraji se více s osobami s PAS setkávají, zatímco v Praze jsou specializovaná pracoviště zabývající se výhradně poruchami autistického spektra.

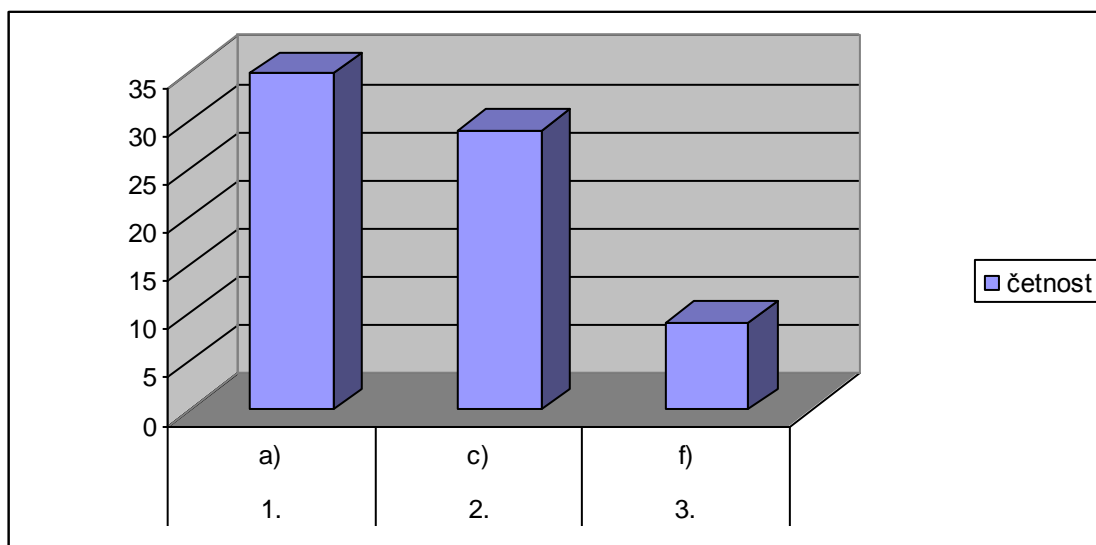
3. Co je podle při logopedické intervenci u dětí s PAS nejdůležitější? Seřad'te dle Vašich zkušeností (stupnice 1-6):

(1 = nejdůležitější)

- a) iniciovat funkční komunikaci
- b) korigovat agresivní chování
- c) podporovat sociální chování
- d) odbourat stereotypní činnosti
- e) rozvíjet představivost
- f) zařadit osoby s PAS do společnosti
- g) jiný důvod:

Seřazení dle důležitosti							
pořadí	četnost	procent	četnost	procent	četnost	procent	shrnutí
1.	35 a)	81,4	4 b)	9,3	3 c)	7	81,4% a)
2.	29 c)	67,4	6 a)	14	4 f)	9,3	67,4% c)
3.	9 f)	20,9	4 b)	14	5 e)	11,6	20,9% f)

Tabulka č. 8: Pořadí oblastí nutných k rozvoji dítěte s PAS



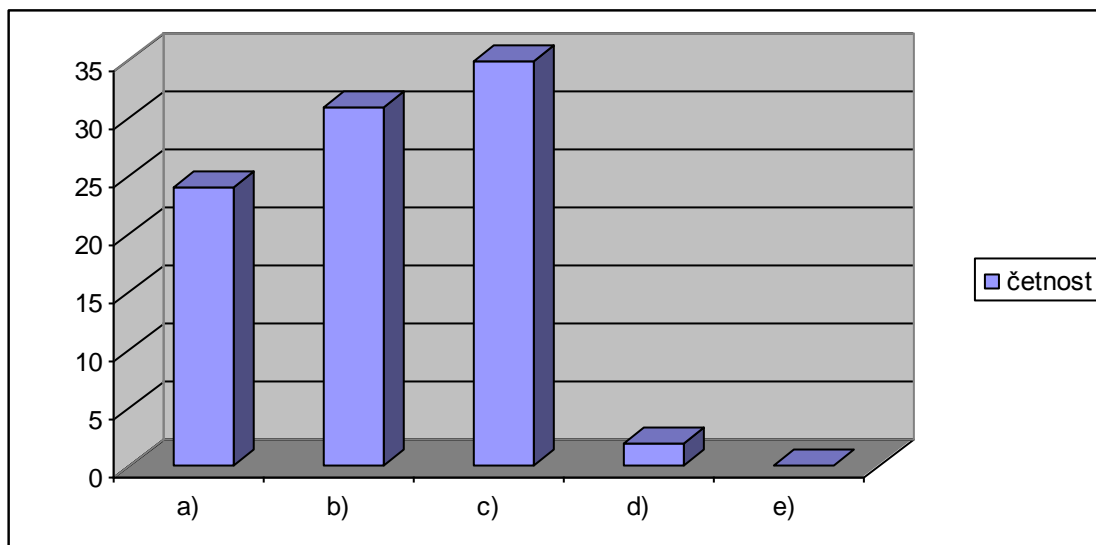
Graf č. 4: Grafické znázornění nejčastějších odpovědí (shrnutí tabulky č. 8)

Při seřazování rozvoje oblastí dle důležitosti byly hodnoceny pouze první tři nejčastější odpovědi v každé kategorii. Nejčastější odpovědí na 1. místě byl uveden bod za a) v 35-ti případech, tj. 81,4% (viz tabulka č. 8 a graf č. 4). Na 2. místě byla nejčastější odpověď za c) v 20 případech, tj. 50,0%. Jako 3. možnost označilo stejně 20,9% respondentů a jednalo se o odpověď za f). Shrňme-li následující údaje, nejvíce je potřeba u klientů s PAS iniciovat funkční komunikaci. Nezbytné je také podporovat správné sociální chování a začlenění osob s PAS do společnosti.

V dotazníku jsou zařazeny i otázky, které analyzují znalost klinických logopedů o dané problematice.

4. Kde jste získal/a informace o problematice poruch autistického spektra? (bylo možno označit více odpovědí)		
<i>způsob získání informací</i>	<i>četnost</i>	<i>procentuální četnost</i>
a) při studiu na VŠ	24	55,8
b) absolvováním odborných kurzů, seminářů	31	72,1
c) samostudiem odborné literatury	35	81,4
d) jinou cestou:	2 (1 od rodičů, 1 z internetu)	4,7
e) nezískala jsem informace o dané problematice	0	---

Tabulka č. 9: Získávání informací o problematice PAS

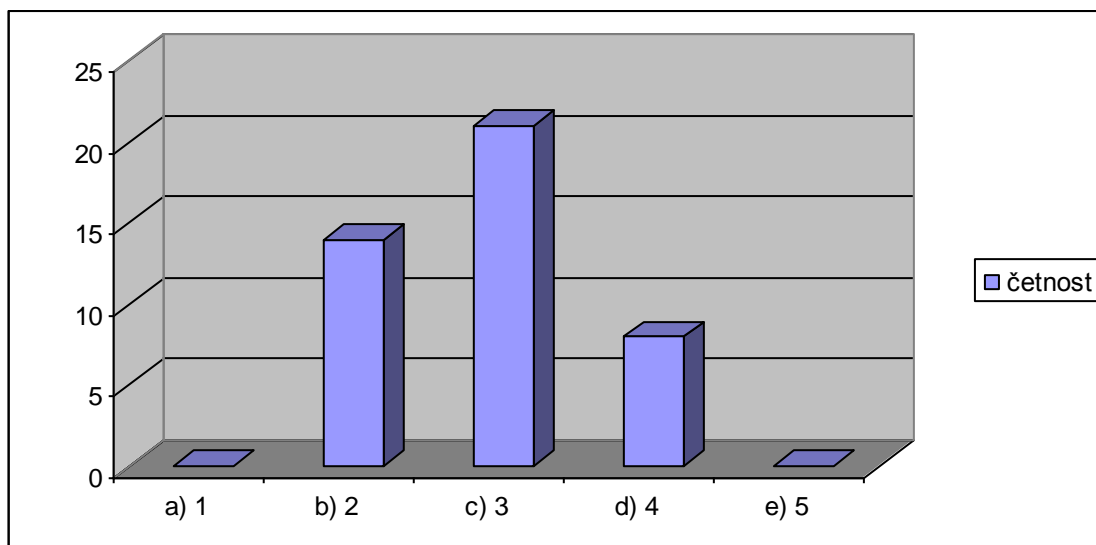


Graf č. 5: Grafické znázornění tabulky č. 9

Jak je patrné z výše uvedené tabulky č. 9 a grafu č. 5, největší počet klinických logopedů získává informace o dané problematice pomocí samostudia odborné literatury (81,4%). Následující, ale relativně totožnou hodnotu, zastupuje forma edukace v podobě absolvování odborného kurzu (72,1%). 24 respondentů, tj. 55,8%, přiznává získání informací při studiu na vysoké škole, což vzhledem k početnější skupině zúčastněných klinických logopedů s praxí do 10-ti let není nic neočekávaného. Své zastoupení mělo i zprostředkování jinou cestou (4,7%); konkrétněji šlo o informovanost od rodičů dětí s PAS nebo z internetu. Z výsledků lze usuzovat, že edukace na vysokých školách probíhá, ale v praxi je potřeb samostudiem a kurzy informace upřesňovat a rozšiřovat. Jak vyplývá z níže uvedené tabulky č. 10 a grafu č. 6 stejně se klinickým logopedům získané informace nezdají zcela dostatečné.

5. Zdají se Vám získané informace dostačující? Zaznačte svou spokojenost na stupnici 1 – 5 (naprosto nedostatečné – naprosto dostatečné)		
<i>hodnota Likertovy škály</i>	<i>četnost</i>	<i>procentuální četnost</i>
a) 1	0	0
b) 2	14	32,6
c) 3	21	48,8
d) 4	8	18,6
e) 5	0	0
Σ	43	100

Tabulka č. 10: Spokojenost se získanými informacemi o problematice PAS

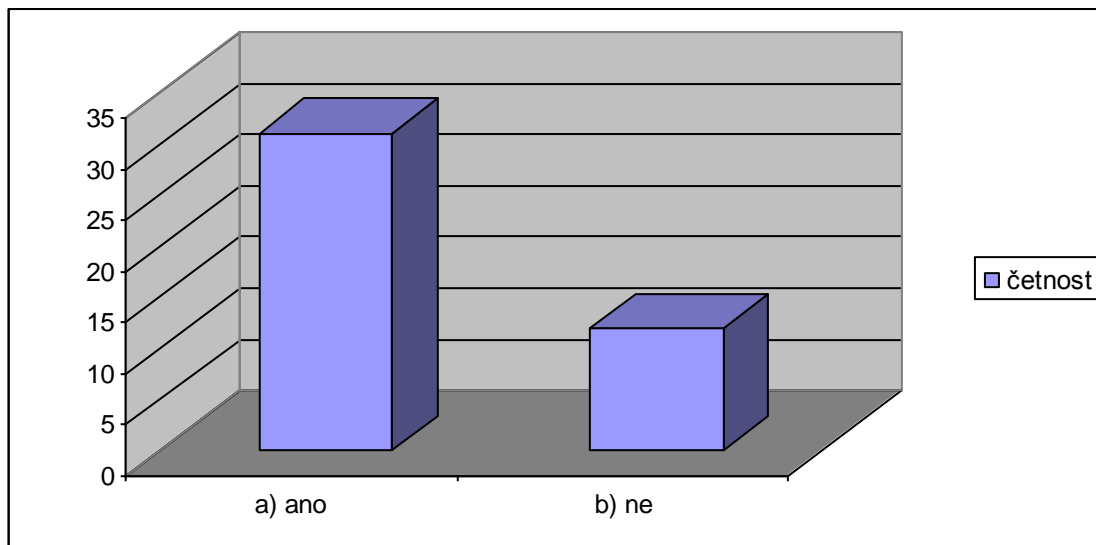


Graf č. 6: Grafické znázornění tabulky č. 10

Pro konstruování otázky týkající se spokojenosti s poskytovanými informacemi o problematice PAS byla použita škála Likertova typu, kde údaj 5 znamená naprostou spokojenost a údaj 1 naprostou nespokojenost. Z výzkumných dat (viz tabulka č. 10 a graf č. 6) je evidentní, že největší četnost je zastoupena hodnotou střední, zvolenou ve 48,8%. Lze konstatovat, že téměř polovina klinických logopedů hodnotí spokojenost s informacemi na úrovni střední linie. Zajímavé ovšem je, že hodnota 1 ani 5 nebyla v dotazníku ani jednou označena. Celkově ale vyplývá, že informovanost dostatečná není (střední linie s přesahem do negativní reference). Dle mého názoru je dáno i tím, že kliničtí logopedi musí mít přehled o více oblastech (př. sluchová postižení, vývojová dysfázie, afázie, dysartrie, apod.) a tak svůj čas na ostatní vzdělávání členů i mezi ostatní typy narušené komunikační schopnosti.

6. Uved'te, zda jste absolvoval/a či právě absolvujete vzdělávací kurz nebo seminář zaměřený na práci s osobami s PAS? Popř. napište jaký.		
<i>hodnocení</i>	<i>četnost</i>	<i>procentuální četnost</i>
a) ano	31	72,1
b) ne	12	27,9
Σ	43	100

Tabulka č. 11: Účast na kurzu, semináři týkajícího se problematiky PAS

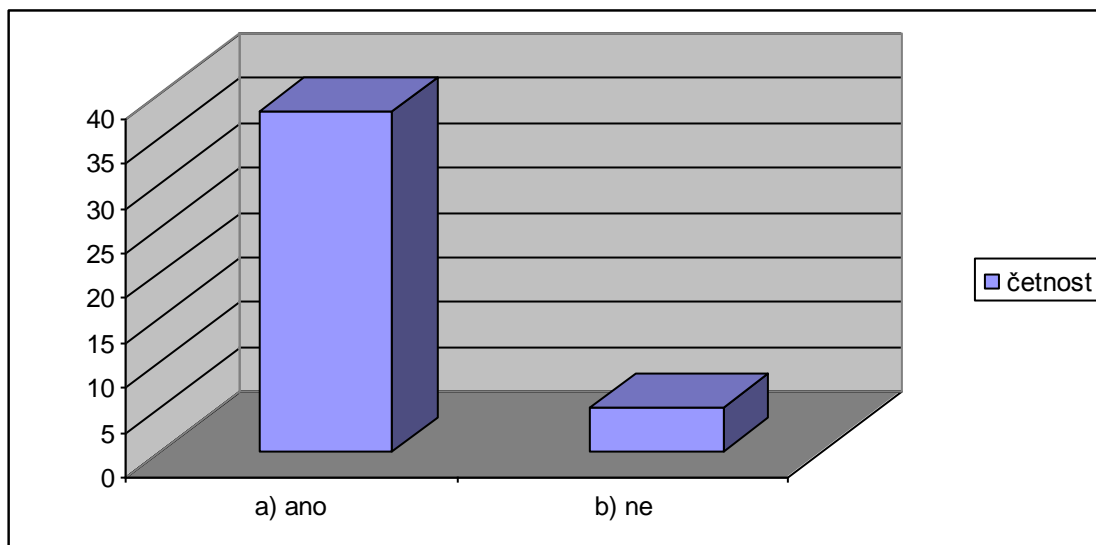


Graf č. 7: Grafické znázornění tabulky č. 11

Z výše uvedené tabulky č. 11 a grafu č. 7 vyplývá, že se velká část klinických logopedů zúčastnila kurzu nebo semináře týkajícího se problematiky PAS (72,1%). Hodnota může také vypovídat o tom, že výsledek je téměř totožný s výsledkem klinických logopedů, kteří mají v péči děti s PAS (v péči má 32, dále se vzdělává 31). Jako nejčastěji absolvované kurzy byly uvedeny kurzy pořádané Asociací pomáhající lidem s autismem (APLA), kurzy pořádané Mgr. Straussovou z Centra terapie autismu (CTA) a kurz o poruchách autistického spektra pořádaný Institutem postgraduálního vzdělávání ve zdravotnictví (IPVZ). Dále byl uveden kurz VOKSu pořádaný Institutem pedagogicko-psychologického poradenství v ČR (IPPP) a další. Nabídka kurzů je pestrá (viz kap. 5.5, str. 114)

7. Myslíte si, že by bylo třeba větší informovanosti a proškolení logopedů o problematice poruch autistického spektra?		
<i>vyjádření</i>	<i>četnost</i>	<i>procentuální četnost</i>
a) ano	38	88,4
b) ne	5	11,6
Σ	43	100

Tabulka č. 12: Postoj k informovanosti

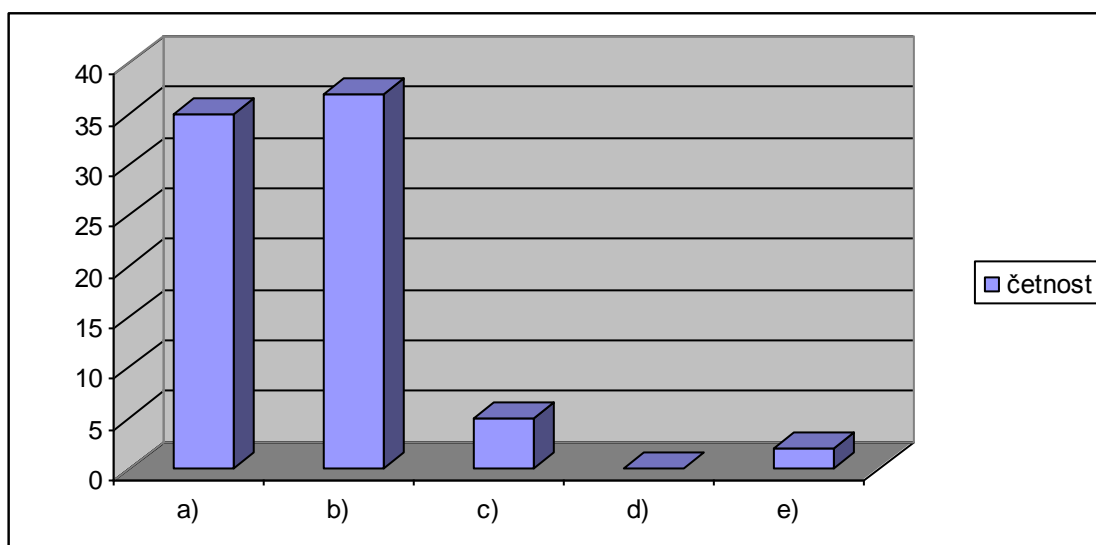


Graf č. 8: Grafické znázornění tabulky č. 12

Výsledkem tabulky č. 12 a grafu č. 8 je skutečnost poukazující na zájem o větší informovanost o problematice logopedické intervence u osob s PAS. Většina respondentů (tj. 88,4%) by měla o informovanost větší zájem. Požadované formy dalšího vzdělávání jsou uvedeny níže (viz tabulka č. 13, graf č. 9).

Pokud ano, jakou formou? (bylo možno označit více odpovědí)		
<i>Forma získávání dalších informací</i>	<i>četnost</i>	<i>procentuální četnost</i>
a) další akreditovaný kurz Asociace klinických logopedů ČR (dále jen AKL)	35	92,1
b) Akreditované kurzy mimo AKL ČR	37	97,4
c) mezinárodní konference	5	13,2
d) pouze samostudiem odborné literatury	0	---
e) jinou formou	2 (1 emailová studia, 1 prostřednictvím internetu)	5,3

Tabulka č. 13: Forma získávání informací o dané problematice

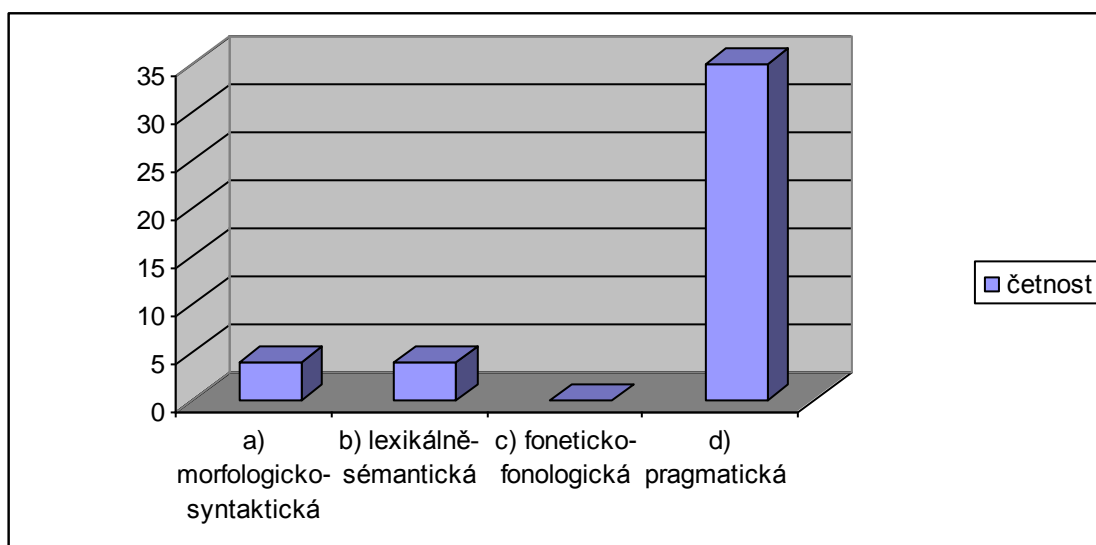


Graf č. 9: Grafické znázornění tabulky č. 13

Z klinických logopedů, kteří si myslí, že je potřeba větší informovanosti o dané problematice se většina přikládá k pořádání akreditovaných kurzů mimo AKL ČR (97,4%). Dostupných kurzů o PAS je řada (viz výše zmíněné), ale většinou nejsou akreditované a to spoustu klinických logopedů odradí. Jak tabulka č. 13 a graf č. 9 dále uvádí 92,1% se přiklání k možnosti dalšího kurzu v rámci Asociace klinických logopedů ČR. 13,2% respondentů by uvítalo mezinárodní konference a jinou formu uvedlo 5,3% (zde byla uvedena např. emailová studia, studium přes internet).

8. Která jazyková rovina dle Vašich zkušeností je nejvíce deficitní u dětí s PAS?		
<i>jazyková rovina</i>	<i>četnost</i>	<i>procentuální četnost</i>
a) morfologicko-syntaktická	4	9,3
b) lexikálně-sémantická	4	9,3
c) foneticko-fonologická	0	0
d) pragmatická	35	81,4
Σ	43	100

Tabulka č. 14: Nejvíce deficitní jazyková rovina

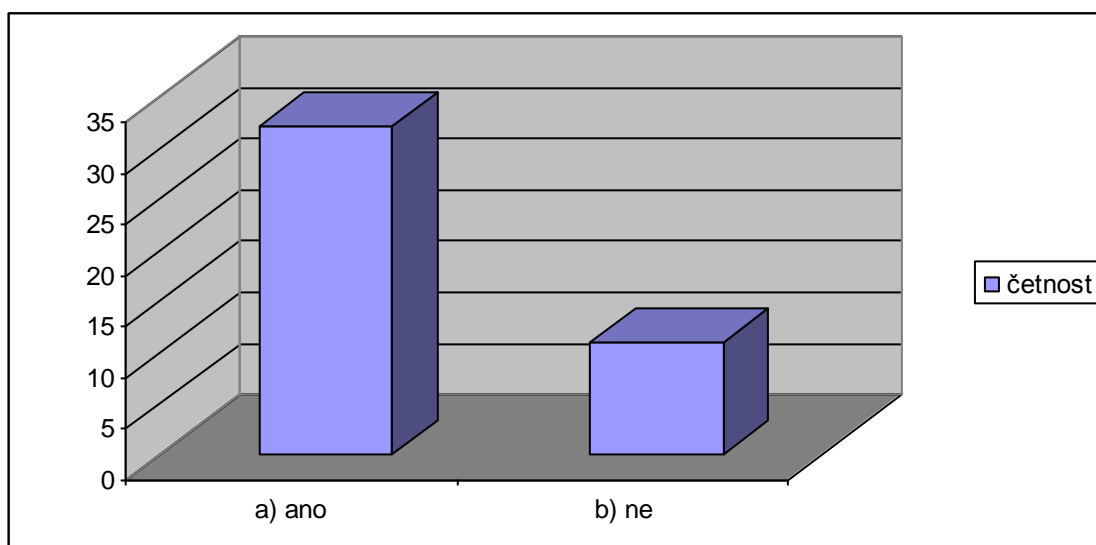


Graf č. 10: Grafické znázornění tabulky č. 14

Z tabulky č. 14 a grafu č. 10 je zřejmá převaha správné odpovědi – narušená pragmatická jazyková rovina jako hlavní v rámci jednotlivých jazykových rovin u osob s poruchami autistického spektra. Jako nejvíce deficitní je tato rovina uvedena u 35 klinických logopedů, tj. u 81,4%. Z výsledku lze usuzovat na celkem správné povědomí o narušení komunikace u osob s PAS. Jazykovou rovinu foneticko-fonologickou neuvedl žádný respondent.

9. Máte v péči klienty s PAS?		
<i>vyjádření</i>	<i>četnost</i>	<i>procentuální četnost</i>
a) ano	32	74,4
b) ne	11	25,6
Σ	43	100

Tabulka č. 15: Četnost klientely s PAS



Graf č. 11: Grafické znázornění tabulky č. 15

Dle výsledků lze konstatovat, že 74,4% respondentů, kteří dotazník vyplnili, má v péči klienta s poruchami autistického spektra - 21 (viz tabulka č. 15, graf č. 11). 11 klinických logopedů nemá v péči žádné osoby s PAS (3 ze Středních Čech, 8 z Prahy).

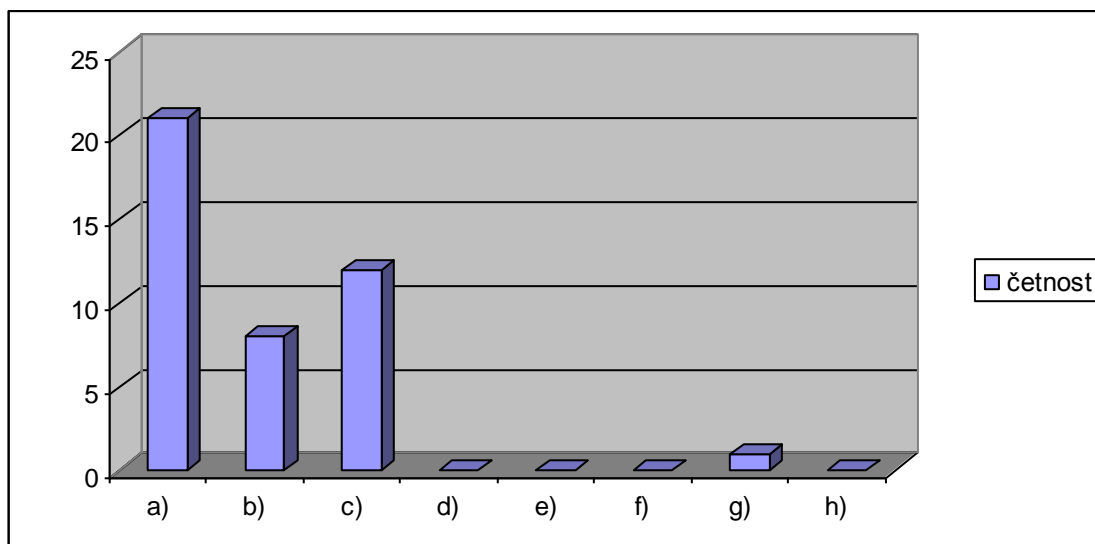
10. Kolik máte v současné době v péči klientů s PAS? Uveďte přesný počet.

Součástí dotazníku bylo také zjistit, kolik mají kliničtí logopedi klientů s PAS v péči. Do 10 klientů s PAS má v péči většina oslovených – 25 klinických logopedů. Nejfrekventovanější odpověď náležela číslu 4 (uvedena celkem 7x), nejnižší zastupovala hodnota 1, tu neodpověděl nikdo. Nejvyšší hodnotou ze všech byla uvedena 90 klientů s PAS (ve Středočeském kraji), druhá nejvyšší je z Prahy – 27 klientů s PAS.

11. Která diagnostická kategorie je u osob s PAS ve Vaší praxi nejčastější? (bylo možno označit více odpovědí)		
<i>diagnostická kategorie</i>	<i>četnost</i>	<i>procentuální četnost</i>
a) dětský autismus	21	65,6
b) atypický autismus	8	25
c) Aspergerův syndrom	12	37,5
d) jiná desintegrační porucha v dětství	0	---
e) Rettův syndrom	0	---
f) hyperaktivní porucha spojená s mentální retardací a stereotypními pohyby	0	---

g) jiné pervazivní vývojové poruchy	1	3,1
h) pervazivní vývojová porucha nespecifikovaná	0	---

Tabulka č. 16: Nejčastější diagnostická kategorie

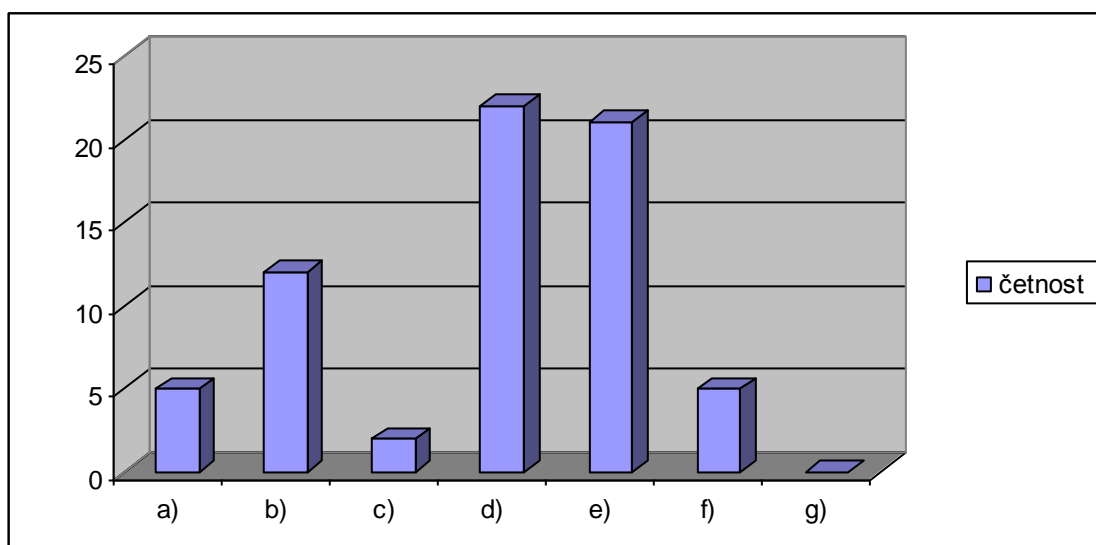


Graf č. 12: Grafické znázornění tabulky č. 16

Jako nejčastěji zastoupená diagnostická kategorie u oslovených klinických logopedů byla diagnóza dětský autismus – 65,5% (viz tabulka č. 16, graf č. 12). Dále je 37,5% klientů s Aspergerovým syndromem, 25% s atypickým autismem a pouze 1 respondent uvedl, že má v péči klienta s jinou pervazivní vývojovou poruchou. Je zajímavé, že i přes stále se zdokonalující diagnostiku a diferenciální diagnostiku nacházíme absenci ostatních diagnostických kategorií - jako důvodem může být i poměrně malá účast respondentů.

12. Spolupracujete s některým níže uvedeným odborníkem v rámci interdisciplinární péče? (bylo možno označit více odpovědí)		
<i>odborník</i>	<i>četnost</i>	<i>procentuální četnost</i>
a) neurolog	5	15,6
b) psychiatr	12	37,5
c) pediatr	2	6,3
d) psycholog	22	68,8
e) speciální pedagog	21	65,6
f) jiná osoba:	5	15,6
g) nespolupracuji s žádným odborníkem	0	---

Tabulka č. 17: Interdisciplinární spolupráce

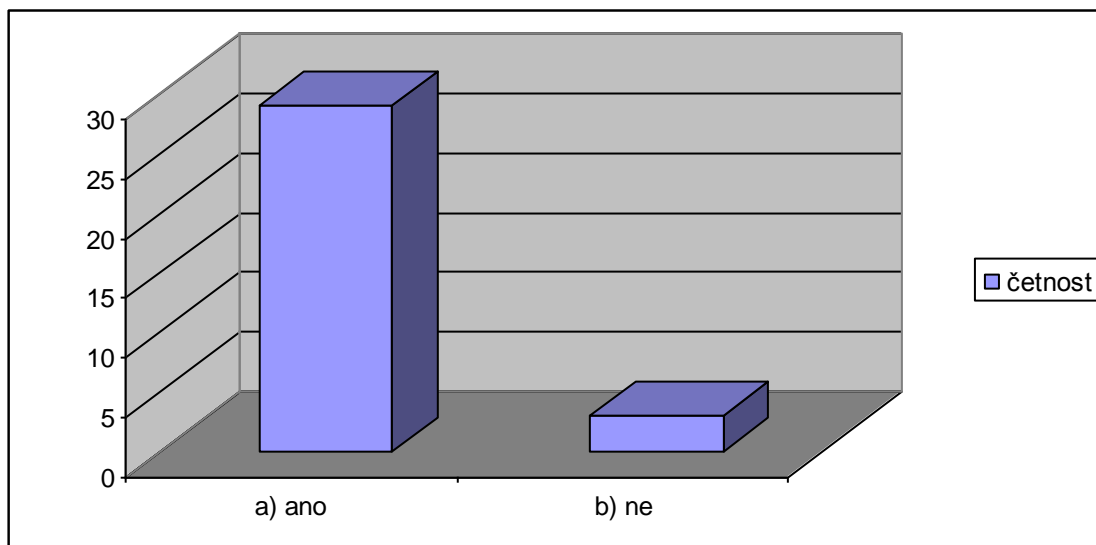


Graf č. 13: Grafické znázornění tabulky č. 17

Z výše uvedené tabulky č. 17 a grafu č. 13 vyplývá, že nadpoloviční většina respondentů spolupracuje s psychologem (68,8%) a dále 65,6% se speciálním pedagogem. Výrazně nižší zastoupení je spolupráce s psychiatrem (37,5%), neurologem (15,6%) a jinou osobou, což byl např. učitel v mateřské nebo základní škole, kde je dítě integrováno (15,6%). Počet klinických logopedů, kteří nespolupracují s žádným odborníkem byl 0. Spolupráce s psychologem a speciálním pedagogem je přirozeným vyústěným výzkumu, protože jsou to kompetentní odborníci k realizaci diagnostiky a diferenciální diagnostiky PAS a mohou také poradensky či terapeuticky působit na klienta s PAS a jeho rodinu.

13. Využíváte při práci s klientem s PAS některou z forem alternativní a augmentativní komunikace?		
<i>vyjádření</i>	<i>četnost</i>	<i>procentuální četnost</i>
a) ano	29	90,6
b) ne	3	9,4
Σ	32	100

Tabulka č. 18: Využití alternativní a augmentativní komunikace (dále AAK)

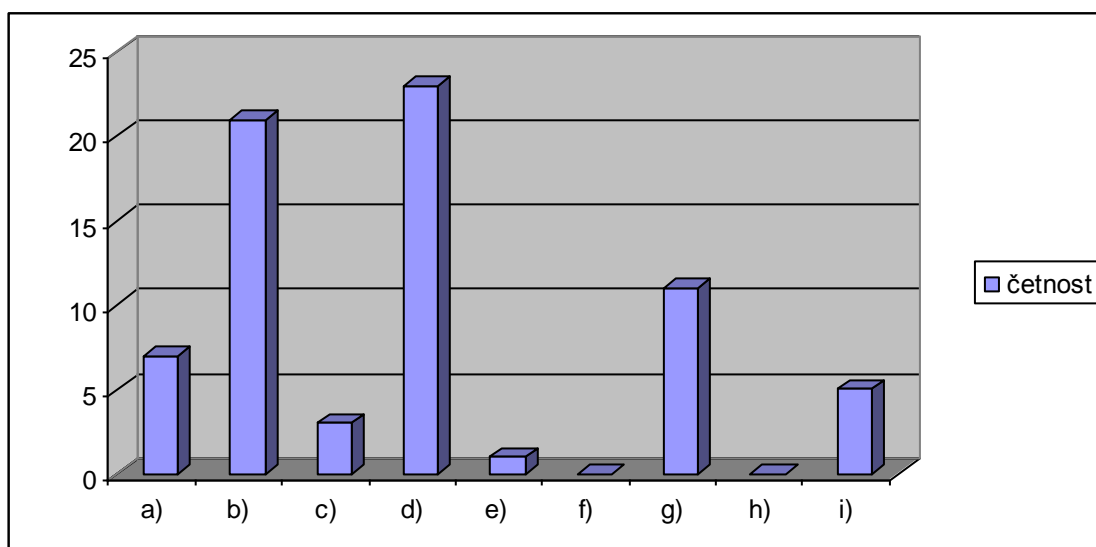


Graf č. 14: Grafické znázornění tabulky č. 18

Z výzkumných dat (viz tabulka č. 18, graf č. 14) získaných od klinických logopedů, kteří mají v péči klienty s poruchami autistického spektra, je patrné, že většina (cca 90%) využívá alternativní či augmentativní komunikaci. Negativní referenci nacházíme u 3 oslovených respondentů. Přesná forma komunikace, kterou využívají, je uvedena níže (tabulka č. 19, graf č. 15).

Pokud ano, jakou: (bylo možno označit více odpovědí)		
AAK	četnost	procentuální četnost
a) zástupné předměty	7	24,1
b) piktogramy	21	72,4
c) trojrozměrné symboly	3	10,3
d) fotografie	23	79,3
e) Bliss symboly	1	3,4
f) PECS	0	---
g) VOKS	11	37,9
h) Makaton	0	---
i) jinou	5 (1 obecné znaky, 3 iPad, 1 vlastní obrázkový slovník vytvořený během vývoje dítěte)	17,2

Tabulka č. 19: Alternativní a augmentativní komunikace



Graf č. 15: Grafické znázornění tabulky č. 19

Jako nejvíce využívanou formou AAK jsou dle výsledků (viz tabulka č. 19, graf č. 15) fotografie, které byly označeny v 79,3% případů. O cca 7% méně zastupovala odpověď piktogramy (72,4%). VOKS, který je konkrétněji rozebrán v teoretické části práce, využívá jen 37,9% klinických logopedů. Nevyužívaný je komunikační systém PECS a Makaton (0%). Z výsledků lze usuzovat na znalost problematiky a snahu o adekvátní alternativní a augmentativní komunikaci, aby byla logopedická intervence co nejúčinnější.

14. Co je dle Vašich zkušeností při práci s klienty s PAS nejnáročnější?

Otázka č. 14 byla otevřená a respondenti mohli uvádět konkrétní důvody, co je na práci s klienty s PAS nejnáročnější. Svou zkušenost uvedla většina dotazovaných (viz tabulka č. 20), tj. 87,5%. Otázku bez odpovědi nechal 12,5% klinických logopedů.

14. Co je dle Vašich zkušeností při práci s klienty s PAS nejnáročnější?		
<i>vyjádření</i>	<i>četnost</i>	<i>procentuální četnost</i>
a) odpověděli	28	87,5
b) neodpověděli	4	12,5

Tabulka č. 20: Četnost odpovědí na otázku č. 14

Více častá byla odpověď, že je těžké najít si „cestu k dítěti“, získat si jejich důvěru a přimět je ke spolupráci, motivovat je. Dále bylo uvedeno, že problematika je široká a z toho plyne i různá rozmanitost terapií a náročnost jejich přípravy. S tím úzce souvisí myšlenka, že logopedická ordinace není lehce upravitelná pro práci s dětmi s PAS.

Velkou roli při spolupráci hrají rodiče a 4 respondenti uvedli, že je náročné dodržení struktury a nácviku struktury právě s rodičem.

Na závěr bych ráda uvedla zkušenost ze své praxe – neporozumění verbálním pokynům. Z odpovědí vyplývá, jak je pro mnohé klinické logopedy logopedická intervence u dětí s PAS náročná.

15. Uveďte prosím další připomínky, náměty, ...

V další otevřené otázce č. 15, která se zaměřovala na další připomínky a náměty bylo zaznamenáno postřehů méně (viz tabulka č. 21), 28,1%.

15. Uveďte prosím další připomínky, náměty, ...		
<i>vyjádření</i>	<i>četnost</i>	<i>procentuální četnost</i>
a) odpověděli	9	28,1
b) neodpověděli	23	71,9

Tabulka č. 21: Četnost odpovědí na otázku č. 15

Další připomínky a náměty uvedlo 9 respondentů. Z vybraných připomínek je potřeba vyzvednout, že chybí těsná spolupráce s psychology, kteří by pomáhali rodičům vzniklou situaci zvládnout. Jak bylo zmíněno výše, také spolupráce s rodinou je náročná (dodržení struktury, používání komunikační knihy, apod.). Ale z odpovědí vyplývá i náročnost propojení formy vybrané alternativní komunikace do celé šíře (klinická logopedie, domácí prostředí, školské zařízení, ...). Klinický logoped může dle potřeby vybrat vhodnou formu AAK, ale vybraná forma AAK nemusí korespondovat s komunikací ve školském zařízení. Větší propojenost mezi školou a klinickým logopedem závisí na možnostech a schopnostech každého zvlášť.

V otázce č. 15 se objevila opět připomínka náročnosti na přípravu terapií, nedostatek pomůcek, letáků pro rodiny, dětských táborů, kroužků, apod.

Kvalitativní část výzkumu

Základní výzkumný soubor byl tvořen dětmi s poruchou autistického spektra jedné ordinace klinické logopedie. Jednalo se o účelově vybraných 5 dětí s různými typy pervazivních vývojových poruch. Z důvodu ochrany osobních údajů jsou uváděna pouze křestní jména dětí. Účelový výběr je založen na výběru jedinců podle určitých charakteristik. Protože, jak uvádí Hendl (1999, s. 24), cílem kvalitativního výzkumu není: „... odhalit zdánlivě nekonečnou rozmanitost jedinečných lidských bytostí, ale osvětlit život několika dobře vybraných lidí.“

Případová studie č. 1: Jaroslav

Narozen: 10.3.2006

Základní dg.: F84.0 – dětský autismus; F80.1 – expresivní vývojová porucha řeči; F80.2 – receptivní vývojová porucha řeči.

Intelektové schopnosti opakovaně v rámci širší normy, ovšem extrémně nerovnoměrně rozvinuté. Funkčně odpovídá závažnosti postižení dítěte se *středně těžkým mentálním handicapem*.

Osobní anamnéza:

Dítě z první gravidity, během těhotenství byla u matky zjištěna nižší hladina trombocytů, pro kterou musela být sledována na hematologii. Ke konci těhotenství užívala kortikoidy. Porod 8 dní po termínu, záhlavím, spontánní, chlapec nekříšen, PH 4390g/52 cm. Poporodní vývoj proběhl bez komplikací. *Psychomotorický vývoj*: počátek sedu okolo 8 měsíců, počátek chůze v patnáctém měsíci, vývojové opoždění řeči. *Řečový vývoj*: první slova okolo 3 let, ve věku 7 let začíná spontánně užívat jednotlivá slova, někdy užije dvouslovné spojení „pití ano“, věty agramatické, je schopen zopakovat i delší větu, sám je však netvoří.

Okolo 6 měsíců u chlapce zjištěna vrozená vada kyčlí, 2 a půl měsíce využíval třmínky, sledován na ortopedii. Ve 2. roce zánět středouší, dále jen běžné dětské nemoci, očkován dle kalendáře.

Sledován na neurologii (medikace), dochází ke klinickému logopedovi.

Operace: adenotomie ve 3 letech.

Rodinná anamnéza:

Matka: ročník 1983, vyučená zahradnice-aranžerka, zdráva.

Otec: ročník 1975, vyučený mechanizátor rostlinné výroby, nyní pracuje jako řidič, zdrav.

Sourozenci: bratr, ročník 2009, zdrav.

Rodina žije v rodinném domku společně s prarodiči, každá rodina má svůj vlastní byt, chlapci mají společný pokoj. Manželství rodičů je harmonické.

Školní anamnéza:

Chlapec nyní navštěvuje speciální základní školu, třídu pro děti s poruchami autistického spektra.

Sebeobsluha:

Jídlo: Jí pouze určité druhy jídel. Jídla na talíři se nesmí dotýkat (např. špagety sní pouze bez omáčky, knedlík se nesmí dotýkat omáčky atd.). Jí lžící a vidličkou, rodiče jídlo předtím rozkrájí. U jídla sedí, pokud již nechce, talíř odstrčí a odmítá jíst dál.

Udržování čistoty: Na záchod si řekne sám „záchod ano“, pak odejde na WC, potřebuje dopomoc matky, která jej utře, sám nedokáže; baví ho splachování. Zhruba 1x týdně, když je příliš zabrán do hry, tak se mírně pokálí či pomočí, bez plen je již od 3 let. Pokud je mimo budovy, tak vykoná potřebu kdekoliv (klidně si na chodníku stáhne kalhoty). Často, ještě v domácím prostředí, jde na nočník místo na toaletu. Během dne rodiče stále kladou dotazy, zda chce jít na WC.

Oblékání: Sám se neoblékne, rodiče musí pomáhat (pokud zkouší sám, oblékne si věci naruby, nesprávně). Nerozlišuje zimní a letní oblečení, odešel by klidně i v pyžamu, nevnímá, co má oblečeno. Sám se svlékne. Tkaničky nezaváže, zip se mu občas zapnout povede.

Orientace: Je schopen se ztratit, neodhadne míru nebezpečí (např. vejde do vozovky bez rozhlédnutí atd.).

Hraje si s auty funkční hry, má motorické manýrismy rukama (dává si je před oči a sleduje předměty, které v nich drží), vleže kope nohama do země a vydává u toho zvuky podobné houkání. Spánek v normě.

Závěr: chlapec s diagnózou dětského autismu – pro velké množství ritualizovaného chování, obtíže se zvládáním změn, úzkostné prožívání a afektivní rapt, pokud rodiče přeruší jeho rituál. Je medikován sertralinem, na kterém se celkově zlepšil. Dlouhodobě sledován.

Vstupní logopedické vyšetření z 5/2010

Řeč: verbálně nekomunikuje, nemá potřebu.

Koncentrace pozornosti: velice krátkodobá.

Stupeň vývoje řeči: žvatlání (vrčení či houkání při hře, neartikulované souhlásky a samohlásky).

Pasivní slovní zásoba: reaguje nepřiměřeně, chudá.

Aktivní slovní zásoba: dle rodičů 4 – 6 slov.

Melodie řeči výrazná (houkání, vrčení); hlas jasný; tempo řeči pomalé; plynulost: klony; hospodaření s dechem nepřiměřené; dýchání ústy i nosem (v roce 2009 odstranění nosí mandle); nosovost snižena.

Sluch: vyšetřen – v normě; zraková percepce: s dopomocí složí dřevěné vkládačky; třídění barev: 0; početní představy: 0; lateralita pravostranná; chování neklidné.

Komplexní psychiatrické vyšetření z 2/2010

Rodiče si prvních problémů ve vývoji chlapce všimli asi ve dvou letech, kdy stále nezačal mluvit, nejevil zájem o ostatní děti a osoby. Někdy měli rodiče pocit, že hůře slyší nebo že nevnímá, co se kolem něj děje. Rád si hraje sám, do hry se nesnaží přitáhnout rodiče, s výsledným produktem hry se nepochlubí. S auty popojíždí, fantazijní hry si nehraje, auta často řadí do řad (podle barev, velikostí apod.). Citlivě reaguje na zvýšený hluk, zacpává si rukama uši, je velmi neklidný. Otec popisuje zvláštní chování, kdy si chlapec rád sahá na koberec, urovnává jeho chlupy proti směru a pokud mu pak někdo na koberec vstoupí, je neklidný, vzteká se. Často se bezdůvodně začne smát, líbí se mu reklamy, miluje reklamní letáky, které občas rovná určitým způsobem.

Kvalitativní narušení vzájemné sociální interakce:

Přímého pohledu chlapec využívá omezeně, pohled je nejistý, krátký, sociální úsměv neužívá. Chlapec používá velmi málo až vůbec obličejovou mimiku (většinu času má pouze jeden výraz). Na zájem druhých dětí o kontakt téměř nereaguje, a to ani na děti, které zná. Spontánně se kooperativní hry neúčastní. Nesnaží se sdílet pozornost

s ostatními dětmi či rodiči, předměty jeho zájmu rodičům přináší jen tehdy, pokud potřebuje jejich pomoc (např. zpravit autíčko apod.). Na pobídnutí je schopen podělit se, poslední dobou však více nerad. Útěchu druhým neposkytuje, není schopen druhého potěšit, není empatický (dle rodičů takové věci nevnímá). Pokud chlapec potřebuje získat pozornost rodičů, tak je chytne na ruku a odvede je na konkrétní místo (tuto činnost nekoordinuje s očním kontaktem a vokalizací, někdy užije hláskování slova D-E-M-E).

Komunikace:

Chlapec spontánně neukazuje na předměty zájmu, při vybídnutí je schopen ukázat celou rukou i prstem, ale bez očního doprovodu. Na požádání předvede jednoduchá naučená gesta (pápá; paci paci; prosím, prosím apod.), spontánní projev gest chybí. Při vyjadřování souhlasu nepřikývne, při vyjádření nesouhlasu spontánně také nezavrtí hlavou (má ale naučeno, že pokud již nechce další jídlo, hlavou zavrtí). Imituje spontánně několik známých činností (vysávání, pokud vidí vysávání v reklamě; vaření, pokud matka vaří), ale pokud činnost nevidí, neimituje jí a imitace nezačleňuje do spontánní hry. Zvládá omezený počet recipročních her (berany, berany duc; já tě chytím, apod.), hra je však kratšího trvání. Otázky týkající se konverzace, stereotypní řeči, apod. nelze hodnotit pro dosud málo rozvinutou řeč.

Stereotypní repetitivní vzorce chování:

U chlapce se projevují speciální zájmy, které však nijak nenarušují chod rodiny, ani neomezují rozsah jeho činností (staví z lega zdi; komíny, které musí být stejně vysoké; řadí autíčka do řad; zajímá se o reklamy; reklamní letáky; platební karty; o obsah různých krabiček). Manýruje rukama, provádí komplexní manýrování a stereotypní pohyby celého těla (rukama třepe, poskakuje a u toho tleská, občas se otočí dokolečka). Zblízka si prohlíží předměty, zvýšeně reaguje na hluk, zacpává si uši. Verbální rituály nelze hodnotit pro dosud málo rozvinou řeč.

Abnormalita v chování zaznamenaná před 36 měsícem věku:

První znepokojení týkající se vývoje chlapce rodiče datují mezi 24.-30. měsícem věku (nemluvil, nevyhledával děti, první slova užil okolo 36. měsíce, věty dosud neužívá) – viz výše.

Závěr:

Dg. dětský autismus, předán kontakt na sdružení APLA (k využití rané péče), doporučení umístění do speciální mateřské školy, doporučeno neurologické a psychologické vyšetření.

Chlapec dochází ke klinickému logopedovi cca 5 a půl roku průměrně 1x za měsíc. Logopedická intervence probíhala následovně (viz tabulka č. 22):

Rozvoj zrakové percepce	Třídění barev (nejdříve ze dvou, postupně přidávání); přikládání stejných obrázků na sebe; hledat stejný obrázek a hračku; vyhledávat jiný obrázek v řadě; složit obrázek ze dvou částí; poznávání geometrických tvarů; skládání obrázků ze tří, čtyř částí; pravolevá orientace (výběr z řady, který obrázek je opačný); doplnění řady o správný geometrický tvar; najít obrázek v obrázku; vizuomotorika (spojování obrázků dle předlohy); spojování teček v obrázek; pravolevá orientace (hledat obrázky na pozicích dle předlohy); pravolevá orientace (hledat stejné obrázky zrcadlově otočené); skládání obrázků z geometrických tvarů dle předlohy; pracovní listy na pravolevou orientaci od Zelinkové.
Rozvoj sluchové percepce (po 1 roce péče)	Rozdíl „hať“ x „hyje“; rytmizace (využití obrázků pexesa s jídlem); rytmizace jednoslabičných a dvouslabičných slov; rozeznávání zvuků okolí; rozvoj fonemického sluchu; rýmy; pomocí bzučáku určit krátkou x dlouhou slabiku; sluchové hry na rozlišení sykavek C,S,Z x Č,Š,Ž (ze šesti zvuků, že šesti – slova, dva v jednom – slova); PC program Naslouchej a hrej si; vytleskávání + určit počet slabik (komolí pětislabičná slova); první hláska; poslední hláska; sluchová analýza a syntéza 5-6 písmenných slov; krátká x dlouhá hláska; tvrdá x měkká hláska.
Rozvoj oromotoriky + motoriky jazyka	Karty na procvičení oromotoriky; motorika jazyka: posilování špátli pomocí tlaku; další cviky na procvičení; zavření očí bez souhybů; nafouknutí tváří; zvedání obočí; zavření jednoho oka, mračení + orofaciální stimulace.
Rozvoj jemné motoriky	Zatloukání kolíků kladivem; navlékání tkaničky na dřevěný stromeček; různé vkládačky, cviky z testu Ozeretského (např. motání niti na cívku, skládání sirek do krabičky); navlékání korálků na vlasec.
Rozvoj grafomotoriky	Uvolňovací cviky; představení trojhranného programu; správný úchop; klubíčko; rovná čára; dokreslování

	obrázků (slunce a mrak); vizuomotorika (překreslování obrázků dle předlohy – pole 4x4 tečky, postupně přidávat); opis psacího písma; aplikace na Ipadu: Graphisme.
Rozvoj početních představ (po 1,5 roce péče)	Pomocí figurek, penízků (do tří); přiřazení kostky a čísla (do pěti); počet na kostce + stejný počet figurek; ukázat počet prstů s otázkou: „Kolik to je?“; pojmy málo x hodně; reakce na pokyn: „Ukaž tři.“ (na prstech).
Rozvoj slovní zásoby (dále jen SZ)	Pasivní SZ (pomocí instrukce: „Podej ...“ – výběr ze tří předmětů, postupné přidávání); aktivní SZ (pojmenování + přikládání dvou obrázků na sebe); rozumění řeči (ukázat dle instrukcí onomatopoeia); pojmenování (obrázky onomatopoeií); slovesa (pět – hačá, mává, papá, houpe, bumbá, pije); jména (Béda, Věna, Pája, Mája); rodina; onomatopoeia + slovo (obrázek + piktogram); zvířata (aktivně pomocí onomatopoeií, slova často opakuje, sám ale neřekne); dopravní prostředky (aktivně i pasivně); lidské tělo (pasivně – plete ucho a nos, aktivně – pouze opakuje); ovoce + zelenina a jídlo; slovesa (pomocí pomůcky Kluk a pes); souvislosti; nadřazené pojmy (pasivně i aktivně); kategorizace obrázků zvířat: les, statek, ZOO; kategorizace (vyhledat ze čtyř obrázků, který do skupiny nepatří); hudební nástroje (aktivně i pasivně); antonyma; homonyma; kategorizace (den x noc); kategorizace (léto x zima); kategorizace (kluci x holky).
Rozvoj větné stavby (po 0,5 roce péče)	Dvouslovné věty (opakování, odpověď na otázku: „Kdo to je?“; „To je ...“) a říci větu u materiálu Kluk a pes; „Kdo co dělá?“ (pomocí piktogramů); v 4/2011 začínali tvořit komunikační knihu s piktogramy (lepení na komunikační proužek, tříslavné věty pomocí obrázků); věty se změnou koncovky s předložkou: Kluk + má + obrázek (př. auto), do vět přidat i barvu („Já chci <u>červený</u> míč.“) a velikost (malý x velký); pozice (nahore x dole + celá věta: „Kolečko je nahore.“); věty čtyřslovné: „Máma má velký talíř.“; skloňování (opakuje), využití předložek ve větách; předložky (manipulace na výzvu,

	např. „Dej kartáček na umyvadlo.“); rozvoj vět bez obrázků; rody podstatných jmen; serialita; časování sloves.
Rozvoj funkční komunikace (po 2 letech péče)	Zácvik s pamlsky, práce s knihou: „Já chci + obrázek piktogramu“; téma dům – má si říkat o to, co chce + také kuchyň a obývací (říká si celou větou); hra Figuráči („Já chci <u>barva</u> <u>tvar</u> .“ + „Já chci <u>velký</u> x <u>malý</u> <u>barva</u> <u>tvar</u> .“); aktivně vytvořit větu (př. „Já chci modrý čtverec.“) a předat komunikační proužek komunikačnímu partnerovi; zkoušíme komunikaci bez větného proužku, nácvik hlavně doma – o vše si musí říkat, dát oblíbené věci pryč z dosahu.
Rozvoj sociální komunikace (po 1 roce péče)	Pozdravy + poděkování, navazování očního kontaktu při komunikaci pomocí VOKSu; odbourávání stereotypního mávání rukama.
VOKS (po 2,5 letech péče) – práce s komunikačním systémem započala po absolvování kurzu	Od 1/2013: výměna (s oblíbenými potravinami, hračkami – 1. lekce); postupné zvětšování vzdálenosti; otázka: „Co vidíš?“ + 4 slovná věta na komunikační proužek (pozor na koncovky); předávání komunikačního proužku komunikačnímu partnerovi; diferenciací otázek: „Co vidíš?“ x „Co chceš?“; vytvoření velké komunikační knihy dle barev (podstatná jména oranžová, slovesa hnědá, ...) a doposud vytvořené slovní zásoby; samostatné listování v knize; podpora aktivní komunikace; otázka na rozvoj sluchové percepce: „Co slyšíš?“; otázka na rozvoj čichu: „Co cítíš?“; spontánní projev; komentování (prozatím se moc nedaří). Nyní pomalu omezujeme obrázky a snažíme se je využívat jen v nejnnutnějších případech.

Tabulka č. 22: Přehled logopedické intervence (Jaroslav)

Logopedické vyšetření z 11/2015:

Řeč: komunikuje verbálně, stále nemá potřebu komunikovat.

Koncentrace pozornosti: spíše přiměřená.

Stupeň vývoje řeči: tvoří rozvitě věty.

Pasivní slovní zásoba: rozvinutá.

Aktivní slovní zásoba: stále nepřiměřená věku, ale vzhledem k dg. na velmi dobré úrovni. Neužívá všechny slovní druhy.

Melodie řeči výrazná; hlas jasný; tempo řeči pomalé; plynulost neporušena; hospodaření s dechem smíšené; dýchání ústy i nosem (v roce 2009 adenotomie); nosovost snižena.

Sluch v normě; Zraková percepce: skládá bez problémů vícedílné puzzle, rozstříhané obrázky; barvy pozná i vedlejší a aktivně je pojmenuje; početní představy utvořeny do dvaceti; lateralita pravostranná; chování spíše klidné, pěkně spolupracuje. Výborná spolupráce s rodinou, s chlapcem všechny úkoly doma poctivě plní.

	5/2010	11/2015
Lexikálně – sémantická jazyková rovina	Reaguje nepřiměřeně. Slovní zásoba 4-5 slov.	Rozumění na úrovni rozvitých vět (rozumění ale stále oslabeno) Pomocí piktogramů a VOKSových obrázků rozvoj pasivní i aktivní slovní zásoby.
Morfologicko – syntaktická jazyková rovina	Netvoří věty.	Tvoří rozvitě věty s dysgramatismy (skloňování, časování). Využívá větného proužku, začíná i bez něj.
Foneticko – fonologická jazyková rovina	Houkání, vrčení, neartikulované zvuky.	Artikulační neobratnost, obtížněji srozumitelná řeč (komolí slova, redukuje víceslabičná slova). <i>Artikulace:</i> C – paralalie S, C,S,Z – interdentalní; Č – paralalie Š, Č,Š,Ž – interdentalní; L – daří se La, jinak mogilalie; R – mogilalie, velární rotacismus; Ř – paralalie sykavka.
Pragmatická jazyková rovina	Nemá potřebu komunikovat, pasivní. Přímého pohledu využívá omezeně, sociální úsměv neužívá. Používá velmi málo	Konverzaci sám neinicuje, mluvní apetit malý. Chování narušeno specifickými

	obličejové mimiky. Na zájem druhých dětí o kontakt téměř nereaguje. Spontánně se neúčastní kooperativní hry. Nesnaží se sdílet pozornost s ostatními dětmi či rodiči.	autistickými symptomy. Občas u hry vydrží i s bratrem.
Zraková percepce	Jednoduché dřevěné vkládačky zvládá s dopomocí, barvy nerozliší.	Barvy pozná a aktivně pojmenuje i vedlejší, skládá vícedílné puzzle bez problémů, rozstříhané obrázky, překreslí celkem vydařeně obrázek dle předlohy, v pravolevé orientaci je zacvičen.
Sluchová percepce	Nediferencuje „hyje x haf“.	Přiřadí zvuk k obrázku, pozná první i poslední hlásku, zacvičen i v rozlišování sykavek C,S,Z x Č,Š,Ž, zvládne sluchové pexeso, vybrat, který zvuk do řady nepatří; sluchová analýza a syntéza 5-6ti slabičných slov, s dopomocí zvládne diferencovat krátkou x dlouhou hlásku, tvrdou x měkkou hlásku.

Tabulka č. 23: Srovnání jednotlivých jazykových rovin a percepce na začátku logopedické péče a po 5,5 letech intenzivní logopedické intervence (Jaroslav)

Shrnutí: Chlapec se dle výše uvedené tabulky č. 23 velmi zlepšil. K prudkému rozvoji došlo po práci s piktogramy a později komunikačním systémem VOKS. Rodiče uvádějí zlepšení i po začátku docházky na speciální základní školu a zavedení strukturovaného učení. Chlapec se zklidnil, lépe se soustředí, lépe spolupracuje. Dále je potřeba rozvíjet funkční komunikaci a rozšiřovat aktivní i pasivní slovní zásobu.

Pro celkové vyhodnocení komunikace je potřeba uvést *komunikativní kompetence*, které by žák měl na konci základního vzdělávání zvládat:

- 1) komunikuje s druhými lidmi přiměřeně svým schopnostem
- 2) rozumí sdělení a reaguje na ně podle svých možností
- 3) vyjadřuje své pocity, prožitky a nálady vhodným způsobem

- 4) chápe jednoduché, běžně užívané texty, záznamy a obrazové materiály
- 5) zvládá jednoduchou formu písemné komunikace
- 6) vyjadřuje své názory a postoje, vhodnou formou obhájí svůj názor
- 7) využívá pro komunikaci běžné informační a komunikační prostředky
- 8) využívá získané komunikační dovednosti k vytváření vztahů potřebných ke společenské integraci

Jelikož se jedná o schopnosti, které by měly být zvládnuté až na konci základního vzdělávání, pro potřeby výzkumného šetření došlo k upravení a zjednodušení na výzkumné otázky:

- 1) Jaká forma alternativní a augmentativní komunikace je pro komunikaci s dětmi s poruchami autistického spektra využívána?
- 2) Jak dítě zvládá písemnou formu komunikace?
- 3) Jak dítě rozumí sdělení?
- 4) Jak dítě reaguje na sdělení?
- 5) Jak dítě vyjadřuje své pocity a prožitky a žádosti?

V další části bylo potřeba zjistit, jak a jakou formou probíhá komunikace s chlapcem v domácím prostředí. Na otázku, jaká forma komunikace je s Jaroslavem využívána, matka odpověděla, že: *„komunikace přes obrázky, kterou vybrala paní logopedka a teď už i slovní.“* (pozn. klinická logopedka, ke které docházeli předtím) Reakce matky na spokojenost komunikačního systému: *„Ze začátku nám pomohl, ale teď ho využíváme o dost míň, skoro vůbec, protože jsme našli rychlejší a jednodušší způsob.“* Ohledně rozumění řeči matka odpověděla, že: *„když použijeme jednoduchou instrukci, kterou má naučenou, rozumí bez problémů. A jeho reakce na sdělení? Zase, když má situaci naučenou, tak jde a udělá to. Když nechápe, je rozhozený a vzteká se.“* Dále mě zajímalo, jak chlapec vyjadřuje své pocity, prožitky a žádosti: *„Přijde a řekne: „Pustit DVD ano“. Za to, co chce, dá ANO nebo NE.“* Na otázku, zda matka může sdělit nějaké další zkušenosti a doporučení pro ostatní rodiče, mi sdělila: *„Ze začátku nám hodně pomohla APLA, až tam nám vlastně vysvětlili tohle postižení. Nejdříve jsme se za jeho zvláštní chování styděli, nechodili mezi lidi, nakupovat do obchodů. Postupem času se to ale zlepšilo. Musíte brát dítě takové, jaké je a takové ho mít rádi.“*

Na otázky ohledně komunikace ve škole (speciální základní škola) odpovídala Jaroslavova třídní učitelka. Její praxe je 20 let a vystudovala Vychovatelství pro osoby vyžadující zvláštní péči na Univerzitě Karlově. Ve třídě má jen děti s poruchou

autistického spektra a má jich celkem 6. Absolvovala několik kurzů týkajících se problematiky PAS: „*ale nepamatuji si přesné názvy, ale absolvovala jsem několik kurzů v APLA a Centru pro alternativní a augmentativní komunikaci.*“ Ke spolupráci využívá: „*SPC, APLA(NAUTIS) a dětského psychiatra, se kterým konzultujeme účinnost medikace.*“ Školský logoped ve speciální základní škole není. Dále mě zajímalo, jakým způsobem se zaměřuje na rozvoj komunikace dětí jejich školní vzdělávací plán: „*ŠVP se jmenuje „Škola pro život“ a komunikaci se věnujeme ve všech předmětech, cíleně v Řečové výchově, v ranních komunikačních chvílích. Poté je v individuálním vzdělávacím plánu zohledněn rozvoj komunikace tak, že: „je kladen důraz především na nácvik sociálních situací a na přenos naučených postupů do praxe.*“ S dětmi je využívána: „*vizualizace denního režimu formou piktogramů a strukturované úkoly.*“ Další otázky se opíraly o komunikativní kompetence uvedené v Rámcovém vzdělávacím programu pro obor vzdělávání základní školy speciální. Písemná forma komunikace: „*Jára zvládá opis vět, diktát slov spíše po písmenkách. Sám se podepíše jménem i příjmením. Píše velkým hůlkovým písmem velmi pěkně. Sám se písemně neprojevuje.*“ Otázka týkající se rozumění sdělení: „*Verbálnímu sdělení rozumí velmi dobře, vše chápe.*“ Chlapcova reakce na sdělení: „*Většinou poslouchá, příkaz vyplní, na otázky často reaguje echolalicky.*“ A poslední otázka, jak aktivní v komunikaci chlapec je a jak vyjadřuje své pocity a prožitky a žádosti: „*Radost projevuje smíchem, nelibost křikem a fyzickým napadáním ostatních, žádost umí formulovat, ale používá jen občas.*“

Závěr: V každém výše zmíněném prostředí probíhá komunikace velmi podobně. Začínalo se piktogramy a výměnným obrázkovým systémem, který postupně už jen doplňoval verbální sdělení. Porozumění se zlepšilo – doma i ve škole jednoduchému sdělení rozumí, reaguje adekvátně situaci. Písemná forma komunikace je na úrovni opisu, diktát píše po písmenkách, většinou bez porozumění smyslu. Postupně se daří odbourávat echolalie. Pocity sám nevyjádří, ale žádost formuluje. Rozvoj komunikace u dětí s PAS je velice důležitý a jak z výše uvedeného výzkumného šetření vyplývá, v každém prostředí se s Jaroslavem pracuje tak, aby došlo k jejímu maximálnímu rozvoji.

Případová studie č 2: Adam K.

Narozen: 16.4.2007

Základní dg.: F84.1 – atypický autismus; F90.0 – hyperkinetická porucha.

Intelektové schopnosti odpovídají závažnosti postižení dítěte s *lehkým mentálním handicapem*.

Osobní anamnéza:

Dítě z druhé gravidity, u matky během těhotenství v 38. týdnu neštovice, léčena léky. Porod proběhl v termínu, císařským řezem, PH 3500/49 cm. Poporodní vývoj: novorozenecká žloutenka – dva dny fototerapie, zánět na oku léčeno antibiotiky. *Psychomotorický vývoj:* počátek sedu okolo 7. měsíců, počátek stoje a chůze ve 12-ti měsících, vývojové opoždění řeči. *Řečový vývoj:* žvatlání kolem 18. měsíce – slabiky podobné „Ad’a“, „bože“. Ve 3 letech období zdvojování slabik, slovní zásoba asi pět slov, věty nespojuje. Porozumění výrazně oslabeno (ale dle vyšetření je obtížné rozlišit, zda nevyhoví výzvě proto, že nechce, je zabrán do hry nebo nerozumí. Vyjadřování v agramatických rozvitých větách zhruba v 5-ti letech.

Dále je v péči neurologie, foniatrie, speciálně pedagogického centra a dětského psychiatra, který jej trvale medikuje za účelem zklidnění (afektivní stavy téměř vymizely).

Rodinná anamnéza:

Matka: ročník 1978, vzdělání: střední odborné učiliště, nyní asistentka pedagoga od Adama, zdráva.

Otec: ročník 1973, vyučený, pracuje jako obráběč kovů, zdrav.

Sourozenci: sestra, ročník 2003, zdráva.

Rodina žije v rodinném domku, sourozenci mají společný pokoj. Manželství rodičů je harmonické.

Školní anamnéza:

Chlapec navštěvuje od 9/2014 běžnou základní školu, vzhledem k jeho speciálním vzdělávacím potřebám je nezbytná celodenní přítomnost asistenta pedagoga. Díky chlapcovým adaptačním obtížím zastává funkci asistenta pedagoga jeho matka. Součástí individuálního vzdělávacího plánu je: úprava třídy (místo pro asistenta

pedagoga), vizualizace rozvrhu hodin, vizualizace prvků vhodného sociálního chování při výuce a využití prvků strukturovaného učení.

Sebeobsluha:

Jídlo: stravu přijímá standardní, bez větších požadavků. Ovšem dříve měl vyhraněné preference – jedl pouze gulášovou a pórkovou polévku, tvarohové šátečky, řízek jediné nerozkrájený, jídla vždy na sucho).

Udržování čistoty: hygienu udržuje – potřebu naznačí, řekne si, baví ho splachovat. Bez plen je od 3 let. Během dne rodiče stále kladou dotazy, zda se mu chce jít na WC (kvůli dřívějším potížím s enkoprézou).

Potřebuje dohled u mytí – jinak neustále mydlí ruce mýdlem a omývá je pod proudem vody.

Oblékání: sám se neoblékne, rodiče musí dopomoci, ale ve spolupráci je aktivní.

Orientace: je schopen se ztratit, neodhadne míru nebezpečí (potřebuje neustálý dohled – při přechodu přes cestu, chůzi po chodníku, apod.).

Vstupní logopedické vyšetření z 6/2010

Řeč: komunikuje neverbálně, pomáhá si gestikulací, mimikou, zástupnými slovy, melodií; prvky neverbální komunikace využívá hojně.

Koncentrace pozornosti: krátkodobá.

Stupeň vývoje řeči: žvatlání (vlastní slovník, změny melodie), přírodní slova a citoslovce.

Pasivní slovní zásoba: nereaguje adekvátně.

Aktivní slovní zásoba: dle rodičů 10-15 onomatopoií, které střídá.

Melodie řeči výrazná; hlas jasný; tempo řeči rychlejší; plynulost neporušena; hospodaření s dechem nepřiměřené; dýchání spíše nosem; nosovost normální.

Sluch: vyšetřen na foniatrii – v normě; zraková percepce: zvládne přikládání stejných obrázků; třídění barev ze 3 (žlutá, červená, zelená); početní představy: 0; lateralita pravostranná; chování velmi neklidné.

Jazyk má často v nesprávné klidové poloze.

Komplexní psychologické vyšetření z 5/2010

Rodiče popisují typicky autistické chování dítěte z období od 2,5 let – velmi obtížná výchovná zvladatelnost, afekty, nesnášenlivost až nezájem o kontakt a

komunikaci s okolím, pohybové stereotypie, prudké a nevyzpytatelné reakce na jakoukoli změnu či zvuky, absence verbální komunikace, apod. U vyšetření jsou přítomni oba rodiče. Vyšetření se koná v prostoru, kde Adam nikdy předtím nebyl. Ihned vbíhá do místnosti, kde si vybírá dvě auta, popojíždí si s nimi a „povídá“ si k tomu svou řečí. Adama všechno zajímá, zkoumá stále nové věci a hračky, je velmi rychlý, pobíhá, povídá si pro sebe. Po celou dobu vyšetření velmi rychle mění podněty a činnosti, koncentrace pozornosti je velmi krátkodobá, chlapec je snadno unavitelný, stále přebíhá a vše zkoumá, exploduje. Po třičtvrtě hodině chce jít za rodiči, poté má radost ze shledání, sedá matce na klín, odvádí rodiče radostně do vyšetřovny a již se nechce odloučit. Zbytek vyšetření probíhá v přítomnosti otce.

Kvalitativní narušení vzájemné sociální interakce:

V sociálních vztazích a kontaktech se chlapec projevuje aktivně a iniciativně, zájmem o ostatní lidi je zřejmý. Ve vztazích k nejbližším osobám je přítulný a mazlivý, ale až od dvou let. V těchto vztazích komunikuje, „blbne“, řádí – sdílí emoční i vztahovou vzájemnost, ale situace musí probíhat podle jeho představ (naladění na jeho „vlnu“, jeho oblíbené řádění a jeho typ hry). Kladné city vyjadřuje druhým osobám někdy výrazně netypicky – olizováním těla, hlazením po zadku (neřeší přitom vhodnost situace). Má problémy ve vztazích s vrstevníky – zajímají ho, ale je-li střet zájmu, problém, tak se chová neadekvátně (bouchne, strčí, kousne, vytrhne hračku, apod.). V chování a projevu patrný vliv poruchy hyperaktivity spojenou s poruchou pozornosti (rychlý, aktivní, přelétavý, problémy v koncentraci pozornosti).

Komunikace:

Řeč se nyní nachází na konci preverbálního stádia vývoje. Chlapec si hodně povídá „vlastní řečí“, která je směsí velkého množství artikulovaných i neartikulovaných zvuků s variabilní melodií. Touto „řečí“ vše sděluje, vypráví druhé osobě (např. po návratu tatínka z práce). Adama správně a funkčně používá několik jednoslabičných slov – s jistotou užije „ne“, v náznaku „jo“, „tam“, „dej“. Správně expresivně užívá tři zvuky dopravních prostředků a tři zvuky zvířat. Porozumění řeči převyšuje úroveň její expresivní složky. Chlapec plní některé jednoduché verbální instrukce, reaguje na jméno. Verbální schopnosti jsou spolu s poznávacími schopnostmi nejslabší součástí rozumových schopností. Neverbální komunikace je receptivně i expresivně v normě, receptivní složka je ovšem závislá na motivaci a momentálnímu naladění chlapce. Celkově se komunikace jeví v současné době jako opožděná vzhledem ke kalendářnímu věku i oproti většině schopností ostatních.

Stereotypní repetitivní vzorce chování:

U chlapce se projevují obtíže v motivaci a výběrovost při plnění pokynů a úkolů. Ve hře se projevují stereotypie – chce si hrát po svém, nikoli být řízen zvenčí. Má tendence k vyhraněným zájmům (př. počítače, umí jej obsluhovat). Miluje nahou kůži – očichává, olizuje, kouše ji – i u neznámých osob, neřeší vhodnost dané situace. Dříve se vyskytovaly automatické stereotypní pohyby (př. třepání rukama v radosti, točení kolem své osy, místy chůze po špičkách), které do 2 let vymizely. S hračkami si hraje spíše jednostranně, rád dává auta do řad, rovná zápalky do krabičky aj. Objevuje se občasné sebezraňováním (bouchání se do hlavy, přivírání prstů), nemá rád změny, stereotypně vypíná a zapíná vypínače, vydrží si dlouho přelévát vodu a přesypávat korále. Miluje prohlížení etiket a cedulek na oblečení, vytváří si nefunkční rituály, na kterých lpí (př. při usínání ruka strčená do povlaku polštáře a škrábání).

Závěr:

Autistické projevy se vyskytují především v oblasti stereotypního chování, částečně v sociální oblasti, v současnosti nejméně v oblasti komunikace. Nejvýraznějšího opoždění dosahují verbální, poznávací schopnosti a schopnosti nápodoby, částečného opoždění oblast hrubé motoriky, jemné motoriky a koordinace ruka oko. Téměř odpovídající chronologickému věku je oblast zrakového vnímání. V současné době Adam splňuje kritéria pro přidělení dg. pervazivní vývojová porucha, dětský autismus se symptomatikou středního stupně.

Chlapec dochází ke klinickému logopedovi cca 5,5 roku v průměru 1x za 4 týdny. Logopedická intervence probíhala následovně (viz tabulka č. 24):

Dechová cvičení	Bublifuk; foukačka; kočička; polystyren z dlaně u nácvičku hlásky „r“.
Rozvoj zrakové percepce	Třídění barev – zvládne bez dopomocí roztrždit ze tří barev; přikládání hraček k obrázkům; přikládání dvou stejných obrázků; stínové pexeso; hudební nástroje + přikládání obrázků; přiřazení tří stejných obrázků; přiřazování části těla k obrázku; přiřazování půl obrázku; třídění víček od petlahví do stejně barevných kelímků; hledat obrázek a jeho stín; skládání postav ze čtyř dílů; slovní pokyn při třídění barev (spíše náhoda); figura a pozadí; výběr z řady (který obrázek do řady nepatří), rozvoj pravolevé orientace na ploše i na tělesném schématu.

Rozvoj sluchové percepce (po 7 měsících péče)	Rozlišení haf x mňau; závody dvou zvířat (dle zvuku); hyje x bú; bé x bú x hyne; diskriminace ze tří hudebních nástrojů; rozvoj fonematického sluchu (ukázat obrázek dle pokynu); sluchové cvičení (dvě zvířátka, které mluví správně?: kotě x kote), vytleskávání jedno- a dvouslabičných slov; začátek práce s PC programem Naslouchej a hrej si; vytleskávání tříslabičných slov; určování první hlásky ve slově; diferenciací C x Č; diferenciací S x Š; diferenciací ze všech šesti sykavek (ze šesti zvuků, ze šesti – slova); vytleskávání + určit počet slabik (1-5 slabik: delší slova komolí); sluchová analýza a syntéza, zkoušíme rozlišení krátké x dlouhé hlásky, tvrdé x měkké hlásky.
Rozvoj oromotoriky + motoriky jazyka (po 0,5 roce péče, ze začátku nespolupracoval)	Karty na procvičení oromotoriky, motorika rtů; motorika jazyka: stimulace elevace jazyka zubním kartáčkem; myofunkční terapie: posilování jazyka špátli pomocí tlaku; další cviky na procvičení, zavření očí bez souhybů, nafouknutí tváří, zvedání obočí, zavření jednoho oka, mračení + orofaciální stimulace.
Rozvoj jemné motoriky	Stavení komínu; dřevěné vkládačky (nejlépe tématicky – zvířata); navlékání tkaničky na stromček; chytání rybiček; další protahovačka; vkládačky (geometrické tvary), navlékání korálků na nit.
Rozvoj grafomotoriky	Spojování dvou obrázků, klubko a zvířátko (vodorovná čára); dopravní prostředky + úprava správného úchopu; vizuomotorika (spojování teček dle vzoru: pole o velikosti 3x3, poté 4x4); uvolňovací cviky na zápěstí + prsty (pomocí básní); uvolnění ruky pomocí aplikace na iPadu: Graphisme).
Rozvoj početních představ (po 1 roce péče)	1-6; 1-10.
Rozvoj slovní zásoby (dále jen SZ)	Ze začátku cca 10 onomatopoií; aktivní SZ (přikládání hraček na obrázek + opakovat slovo); přikládání obrázku k obrázku; zopakovat slovo; SZ aktivní i pasivní – zvířata (prozatím pojmenovat dle onomatopoií); první slova (kočka, prase, kráva, mašinka, auto, tyty, pipi, koko);

	<p>rozumění (výběr ze 4, nedaří se); rozvoj pasivní SZ (rodina, zvířata, předměty kolem sebe); porozumění (lepení papírků na předměty kolem (dveře, židle, stůl, ... - celkem se daří); pasivní SZ (práce s komunikační knihou – rodina, ovoce, dopravní prostředky, oblečení, části těla); citoslovce, pasivní SZ – slovesa; zvukomalebná slova; pasivní SZ (exotická zvířata, počasí); umí pár nových slov (toast, maso, kaše, e = Eliška); další nová slova (džus, kola, Elis = Eliška, spát, pták, jíst toast, krab, Bob, ...); aktivní SZ (slovesa: materiál Kluk a pes); předložky (na, do); málo x hodně (s piktogramy), další předložky (před, za, vedle, v), homonyma.</p>
Rozvoj větné stavby (po 1,5 roce péče)	<p>Práce s komunikačním proužkem, odpověď na otázku „Kdo co dělá?“ (tříslovná věta); věty Holka/Kluk má + oblečení (piktogram) + skloňování do 4. pádu); čtyřslovná věta (Holka má <u>bílý</u> kočárek.); samostatné vypravování podle obrázků (dohlídat předložky, koncovky); rody podstatných jmen; časování sloves.</p>
Rozvoj artikulace (po 3 letech péče)	<p>Hláška V; hláška Ch; hláška C; měkčení (hlásky Ď, Ť, Ň); L (koordinace náročnější, ale ve spojení s docházkou na Základní školu se daří); R.</p>
Piktogramy (po 3,5 letech práce s piktogramy opuštěna, chlapec se rozmluvil, již je nepotřebuje)	<p>Již od začátku doporučeno sestavit slovník (z letáků, nafocených předmětů) + dodržovat denní režim; práce s komunikační knihou (trénink porozumění dle obrázků); třídění obrázků (věcí) do pokojů: kuchyň, koupelna, pokoj, obývací). Dnes obrázky využívá minimálně.</p>

Tabulka č. 24: Přehled logopedické intervence (Adam K.)

Logopedické vyšetření z 11/2015:

Řeč: komunikuje verbálně, má potřebu komunikovat.

Koncentrace pozornosti: s medikací zlepšení, jinak stále krátkodobá.

Stupeň vývoje řeči: tvoří rozvitě věty, začíná souvětí.

Pasivní slovní zásoba: rozvinutá.

Aktivní slovní zásoba: stále nepřiměřená věku, ale vzhledem k dg. na velmi dobré úrovni, vážne výbavnost.

Melodie řeči výrazná; hlas jasný; tempo řeči rychlé; plynulost neporušena; hospodaření s dechem smíšené; dýchání ústy i nosem; nosovost normální.

Sluch vyšetřen – v normě; zraková percepce skládá bez problémů vícedílné puzzle, rozstříhané obrázky; barvy pozná i vedlejší a aktivně je pojmenuje; početní představy do 30ceti; lateralita pravostranná; chování neklidné, psychomotorický neklid, potřeba medikace, pěkně spolupracuje, ale je lehce unavitelný. Výborná spolupráce s rodinou, s chlapcem všechny úkoly doma poctivě plní.

	5/2010	11/2015
Lexikálně – sémantická jazyková rovina	Reaguje nepřiměřeně. Slovní zásoba: 5 – 10 onomatopoií.	Rozumění na úrovni rozvitých vět (rozumění ale stále oslabeno) V průběhu péče velký rozvoj pasivní i aktivní slovní zásoby.
Morfologicko – syntaktická jazyková rovina	Věty netvoří.	Tvoří rozvitě věty s minimem dysgramatismů (skloňování, časování). Poslední dobou se pokouší i o souvětí.
Foneticko – fonologická jazyková rovina	Žvatlání, ze začátku měl „svou vlastní řeč“.	Artikulační neobratnost, obtížněji srozumitelná řeč při rychlejším tempu (komolí víceslabičná slova), ale v poslední době díky nácviku artikulace velké zlepšení. <i>Artikulace:</i> C,S,Z x Č,Š,Ž – v řeči vázne diferenciaci sykavek; L – začíná fixovat v běžné řeči; R – paralalie L; Ř – paralalie sykavka.
Pragmatická jazyková rovina	Má potřebu komunikovat (ale „svou vlastní řečí“). Přímého pohledu využívá jen omezeně. Používá málo obličejové mimiky. Na zájem druhých dětí o kontakt reaguje nepřiměřeně, spontánně se kooperativní hry neúčastní. Nesnaží se sdílet pozornost s ostatními dětmi ani s rodiči.	Konverzaci sám iniciuje, mluvní apetit velký. Chování místy narušeno specifickými autistickými prvky.

Zraková percepce	Jednoduché dřevěné vkládačky zvládá s dopomocí, třídění barev ze tří.	Všechny barvy pozná a aktivně pojmenuje, skládá vícedílné puzzle bez problémů, rozstříhané obrázky, překreslí celkem vydařeně obrázek dle předlohy, v pravolevé orientaci je zacvičen – podle posledního vyšetření v SPC se zraková percepce blíží chronologickému věku.
Sluchová percepce	Nediferencuje citoslovce „haf“ a „mňau“.	Přiřadí zvuk k obrázku, pozná první i poslední hlásku, sluchovou analýzu a syntézu slov, zvládá rozlišování sykavek C,S,Z x Č,Š,Ž, sluchové pexeso, vytleská a určí bez problémů počet slabik, vybere, který zvuk do řady nepatří. Pěkně pracuje s počítačovým programem <i>Naslouchej a hrej si</i> , sluchová analýza a syntéza 4-5ti písmenných slov, začíná rozlišovat krátkou x dlouhou hlásku, popř. tvrdou x měkkou s dopomocí.

Tabulka č. 25: Srovnání jednotlivých jazykových rovin a percepčí na začátku logopedické péče a po 5,5 letech intenzivní logopedické intervence (Adam K.)

Závěr: Chlapec se dle výše uvedené tabulky č. 25 velmi zlepšil. K prudkému rozvoji došlo zhruba po 3 a půl letech intenzivní logopedické péče. Matka uvádí zlepšení i po začátku docházky na základní školu a zavedení strukturovaného učení. Chlapec lépe spolupracuje, zklidnil se a lépe se soustředí. Dále je potřeba pokračovat v rozvoji komunikačních, rozumových a poznávacích schopností, oromotoriky a motoriky mluvidel a rozšiřovat aktivní a pasivní slovní zásobu. Nyní pracujeme na úpravě artikulace. Ze závěru posledního vyšetření ve speciálně pedagogickém centru je rozumový vývoj nerovnoměrný a celková funkční úroveň schopností je na rozhraní pásma normy a lehkého handicapu - proto byla možná integrace do běžné základní školy.

Dále bylo potřeba zjistit, jak a jakou formou probíhá komunikace s chlapcem v domácím prostředí. Na otázku, jaká forma komunikace je s Adamem využívána, matka odpověděla, že: „komunikace slovní. Ale nejdříve jsme se rozjížděli na obrázcích a zařídili komunikační knihu. Hodně Ád'ovi pomohla procesuální schémata (např. umývání rukou, oblékání, apod.). Dnes máme z obrázků sestaven už jen denní režim“ Reakce matky na spokojenost komunikačního systému: „Ze začátku nám pomohly ty obrázky, které nám poradili z rané péče v APLE, ale teď spíš už mluvíme.“ Ohledně rozumění řeči matka odpověděla, že: „je oslabené. Musíme mu vše vysvětlit „po lopatě“ a vícefázové pokyny rozkouskovat. Hlavně ve škole nám to dělá problémy.“ Když neporozumí: „tak je protivný. Nejvíc ho dokáže rozčítit sestra. Nevím, jak to dělá, ale má takový jeden pohled, který Adam nesnese.“ Dále mě zajímalo, jak chlapec vyjadřuje své pocity, prožitky a žádosti: „Sám nepřijde. Musím to vycítit a přímo se zeptat. A když něco chce? Přijde a řekne si o to.“ Na otázku, zda matka může sdělit nějaké další zkušenosti a doporučení pro ostatní rodiče: „Musíte využít veškerou pomoc a nebát se léků. Taky je nutné se obrnit proti ostatním lidem, protože si myslí, že je to jen nevychovaný spratek. Tohle mě teda ničilo.“

Na otázky ohledně komunikace ve škole (běžná základní škola) odpovídala Adamova třídní učitelka. Její praxe je 35 let a vystudovala Učitelství prvního stupně a Výtvarnou výchovu. Ve třídě má 25 dětí a 1 dítě integrované (právě Adam, s poruchou autistického spektra). Kurz týkajících se problematiky PAS: „jsem žádný neabsolvovala.“ Paní učitelka s žádným odborníkem nespolupracuje: „Hledám si na internetu a v knihách.“ Školský logoped na základní škole není: „spíše jen někdo, kdo logopedii dělá, ale nemá státnice, pokud vím“. (pozn. bylo zjištěno, že 4 učitelky mají kurz Preventista řečové výchovy) Dále mě zajímalo, jakým způsobem se zaměřuje na rozvoj komunikace dětí jejich školní vzdělávací plán: „Jedeme podle Rámcového vzdělávacího plánu pro základní vzdělávání a rozvoj komunikace je zapojen ve všech předmětech. Hodně se dětí ptám, snažím se jim vše vysvětlovat. Pokud Adam něco nepochopí, vizualizujeme, vysvětlujeme jednodušeji.“ Poté je v individuálním vzdělávacím plánu zohledněn rozvoj komunikace tak, že: „Jak už jsem říkala, nechám Adama se projevovat, samostatně se vyjadřovat. Taky vizualizujeme všechno, co je nutné, třeba rozvrh hodin. Nebo nám pomohlo vizualizovat některé prvky vhodného sociálního chování při výuce, jak nám doporučilo SPC.“ Další otázky se opíraly o komunikativní kompetence uvedené v Rámcovém vzdělávacím programu pro obor vzdělávání základní školy speciální. Písemná forma komunikace, rozumění sdělení,

reakce na sdělení: „Adam s pomocí asistentky (pozn. matky), zvládá vše psaní s menšími obtížemi. Ale ne vždy všechny vyučovací hodiny zvládne. V průběhu dopoledne hodně odpočívá, kolikrát usne na koberci ve třídě. To pak musí látku dohánět doma.“ A poslední otázka, jak aktivní v komunikaci chlapec je a jak vyjadřuje své pocity a prožitky a žádosti: „Adam je velmi vstřícný, většinou reaguje pozitivně. Radost dokáže vyjádřit velmi intenzivně. V současné době již dokáže více zvládnout i odmítnutou žádost.“

Závěr: Adam je v komunikaci aktivní, má vzhledem k diagnóze velký mluvní apetit. Patrná je porucha pozornosti, díky které se musí vícekrát pokyn opakovat. Také je rychle unavitelný. Po rozhovoru s matkou, která pamatuje začátky logopedické péče, kdy chlapec jen ležel na zemi a křičel, nechtěl se do ničeho zapojovat a dlouho si zvykal na klinickou logopedku, je z jeho dosavadních úspěchů nadšená. Od startu komunikace za pomoci komunikační knihy, po samostatné vyprávění a sdílení společných zážitků uplynulo 5,5 let a Adam se stále jen zlepšuje. Nyní jsme ve fázi úpravy artikulace a věřím, že i tuhle část společně zvládneme.

Případová studie č 3: Jan

Narozen: 5.2.2002

Základní dg.: F84.0 – dětský autismus; F80.1 – expresivní porucha řeči; F80.2 – receptivní porucha řeči.

Intelektové schopnosti chlapce odpovídají závažnosti postižení dítěte s *lehkým mentálním handicapem*.

Osobní anamnéza:

Dítě z druhé gravidity, těhotenství bylo bezproblémové. Porod v termínu, spontánní, fyziologický, záhlavím, PH 4800/53 cm. Perinatální rizikové faktory: mírné přidušení, pomačkaný obličej, zlomená klíční kost a zánět v očích. *Psychomotorický vývoj:* raný vývoj v rámci širší normy, fázi lezení přeskočil, spíše se jevil jako neobratný, neskákal. Rád běhal, celkem dobře uměl kopat do míče. Chodil po špičkách, ve 3 letech se na špičkách i točil, stereotypní pohyby nezaznamenány. *Řečový vývoj:* vývoj neverbální komunikace – oční kontakt a sociální úsměv byl dobrý, ukazoval prstem, dělal běžně vše do 2 až 3 let. Nebroukal si, první slova začala po prvním roce.

Ve 3 letech regres řeči, jen ukazoval, téměř nemluvil, po nástupu do mateřské školy, ve 4 letech, nastalo zlepšení.

Chlapec je dále v péči klinického psychologa a speciálně pedagogického centra.

Rodinná anamnéza:

Matka: ročník 1971, vzdělání: středoškolské, nyní nezaměstnaná, pouze chodí na brigády, pečuje o syna, zdráva.

Otec: ročník 1967, vzdělání: středoškolské, obor elektro, pracuje jako elektromechanik, zdráv.

Sourozenci: sestra, ročník 1996, zdráva.

V rodině se vývojové poruchy nevyskytují. Rodina žije v rodinném domku a manželství rodičů je harmonické.

Školní anamnéza:

Chlapec navštěvuje speciální základní školu – od 9/2015 je v 7. třídě. Vzdělává se podle RVP-ZV-LMP. Ve třídě je asistentka pedagoga, ale ne na celou dobu dopolední výuky. Chlapec nepřiměřeně reaguje na upozornění na chybu – zvyšuje hlas a tyká vyučující.

Sebeobsluha:

Jídlo: stravu přijímá standardní, snaží se jíst příborem, lehčí jídlo si nakrájí bez pomoci.

Udržování čistoty: hygienu udržuje, WC bez problémů, sám se obslouží. Bez plen je od třiceti měsíců. Potíže se zadržováním stolice, až zácpy (nutná laxativa).

Oblékání: oblékne se sám, jezdce většinou do zipu navlékne, knoflíky zapne, klíčku nezvládne.

Orientace: není schopen samostatného pohybu (díky zvýšené citlivosti na hlučnější zvuk – vrtačka, auto, popeláři, vysavač, apod., zakrývá si uši, je neklidný, rozrušený).

Operace: adenotomie ve 2 letech roce a stomatologická sanace ve 3 letech.

Vstupní logopedické vyšetření z 8/2009:

Adaptace na nové prostředí odpovídá dg. atypický autismus, nemá potřebu spontánně komunikovat. Chlapec vydrží spolupracovat jen krátkodobě, nutné opakování instrukcí, názorný příklad, průběžně motivovat. Nezbytné neustálé vedení, při práci je nesamostatný. Chybí mu spontaneita při jednotlivých činnostech, má omezené zájmy.

Lexikálně-sémantická jazyková rovina: chudá aktivní slovní zásoba, neužívá všechny slovní druhy, převážně substantiva a slovesa. Rozumění – rozumění řeči výrazně oslabeno, odpoví pouze na naučené otázky týkající se jména, adresy, v případě neporozumění echolalicky opakuje otázku.

Morfologicko-syntaktická jazyková rovina: odpovídá jednoslovně, někdy tvoří dvouslovné věty s narušením syntaktické skladby a s četnými dysgramatismy.

Foneticko-fonologická jazyková rovina: nejméně vyzrálá, obtíže ve fonematickém sluchu a v rozeznávání fonologických opozic. Řečový projev je obtížněji srozumitelný, místy až nesrozumitelný.

Pragmatická jazyková rovina: nerozvíjí sociální interakci, v komunikaci je pasivní, nemá potřebu se spontánně zapojovat do společné hry s vrstevníky, nezbytné neustálé vedení a dohled.

Zraková percepce: diferenciaci reverzních tvarů dělá výrazné obtíže. *Motorika jazyka* je neobratná. *Lateralita:* zkřížená (dominuje pravá ruka, levé oko). *Grafomotorika:* pravák, vysoké držení psacího náčiní, spontánní kresba chybí.

Vadná výslovnost hlásek: druhého artikulačního okrsku: TDN – na spodině; CSZ – interdentalní; ČŠŽ – addentalní; R – mogilalie; Ř – paralalie Ž; čtvrtý artikulační okrsok: Ch – paralalie K.

Psychologické vyšetření z 2/2009 (APLA Praha)

Psychologické vyšetření proběhlo před vstupem na speciální základní školu. U vyšetření jsou přítomni oba rodiče. Mírně negativně reaguje na separaci. Při práci není vytrvalý, vydrží spolupracovat jen do 15 minut, poté je rozmrzelý a vyžaduje přítomnost matky. V popředí potíží je omezená schopnost spolupráce, v důsledku hluboce snížené schopnosti rozumění řeči.

Sociální chování:

Vůči rodičům radostné city dává najevo, oslovuje je, říká: „Mám Tě rád.“, chodí dávat pusinky, mazlí se i se sestrou, fyzicky kontaktuje i paní učitelky v mateřské škole, přijde si pro útěchu. Na matku velmi fixován, separaci nezvládá, při vyšetření přítomnost matky vyžaduje.

Vůči cizím osobám je ale pasivní, nerozvíjí sociální interakci, pokynům vyhoví, spolupracuje s občasným negativismem. Na pochvalu reaguje vágně, sociální reference občas zachycena, ale v menších frekvencích. Aktivně ke společné činnosti nevybízí, řízenou sociálně-imitační hru zvládne, ale bez výrazné radosti, spíše vyhoví pokynu.

Vůči vrstevníkům je schopen se do řízené činnosti zapojit, v kolektivu pouze paralelní hra, nekooperuje spontánně, ke společnosti dětí je spíše pasivní.

Komunikace:

Neverbální: pokud si neví rady, použije ruku druhého a kreslí s ní. Říká „ano“ a „ne“, v doprovodu s mírným pohybem hlavy. Mimika je málo pestrá, testika omezená. Pozornost pasivně sdílí, ukazuje věci na blízko, na pozdrav odpoví zamáváním.

Verbální: expresivní: spoji 2-3 slova do krátkých vět, s četnými dysgramatismy, obtíže v oblasti sémantiky a syntaxu. Osobní zájmena zaměňuje. Opožděná a bezprostřední echolálie ještě zachycena při nejistotě. Porucha artikulace, řeč obtížně srozumitelná. Receptivní: nemá rád úkoly založené pouze na slovní instrukci, je k nim více negativistický. Na řeč reaguje nekonzistentně, zvládne odpovědět na naučené otázky (jméno, adresa, apod.). Básničku sám neřekne, jen útržky, neodpoví na otázky tak, aby bylo možné vést základní volnou konverzaci. Při nedostatečném porozumění se uchyluje k echolálii.

Vnímání:

Vývoj vnímání: zvýšená citlivost na zvuk, při hlasitém zvuku si zacpává uši.

Zraková percepce: fixace zraku na činnosti je dostatečná, pokud jsou pro něj zajímavé. Při nízké motivaci se ale zrakové kontrole vyhýbá.

Sluchová percepce: při silném zvuku si zakrývá uši, i při strachu.

Ostatní modalitty: nekonzistentně reaguje na bolest., hypersenzitivita až hyposenzitivita.

Motorika:

Raný vývoj motoriky v rámci širší normy, neležel, spíše neobratný. Nyní jsou zvýrazněny drobné posturace a mimovolní nekoordinované pohyby (při chůzi jakoby poskakuje).

Hrubá motorika: po jedné noze skáče, rovnováhu na jedné a druhé noze chvíli udrží. Po schodech nahoru a dolů nohy střídá. Do míče kope cíleně, hází a chytá míč na menší velikosti. Koloběžku zvládl, na kole odmítá jezdit, bojí se. Plavat neumí, ale strach z vody se neprojevuje.

Jemná motorika: navlékne drobné korále, zatím neupevněný úchop nůžek, papír nastříhne, neumí uvázat uzel, knoflík nezapne.

Grafomotorika: zvládne předložená grafomotorická cvičení. Sám se podepíše velkými tiskacími písmeny. Spontánní kresbou se aktuálně neprojevuje. Úchop tužky ve

špetce, příliš vysoký, přítlak slabší. Napodobí čtverec, trojúhelník jen naznačí. Spontánně kresbu postavy nezvládne, neví, jak začít, potřebuje pomoc.

Emocionalita:

Doma mívá rozlady, patrné i při vyšetření, projevuje se občasný negativismus, afektivní stavy nejsou silné. Sebezraňování a úzkost rodiče negují, pouze agrese v rámci sourozenecké rivality. Při vyšetření je klidný až pasivní, s projevy mírnějšího negativismu (verbální odmítání činností, pasivita vůči nabízeným činnostem), nálada rozmrzelá, emotivita málo diferencovaná, neodráží se v mimice.

Závěr:

Sedmiletý chlapec s poruchou autistického spektra (dg. atypický autismus). Neverbální komunikace je slabší, ve verbální komunikaci jsou projevy typické pro PAS (echolálie, dysfázie při celkově opožděném psychomotorickém vývoji s výraznějšími problémy v oblasti receptivní složky řeči). V oblasti chování výkyvy, větší citlivost na změny, nepružná adaptace, negativismus. Relativně dobrá imitace, vyskytují se stereotypní herní prvky.

Schopnosti zjištěné v testování v průměru leží v pásmu lehké mentální retardace. Složka verbálního myšlení je narušena výrazněji než složka abstraktně-vizuálního myšlení. Komunikační dovednosti oslabené, zejména hlubokým narušením v oblasti receptivní složky řeči.

Chlapec dochází ke klinickému logopedovi cca 6,5 let v průměru 1x za měsíc. Logopedická intervence probíhala následovně (viz tabulka č. 26):

Serialita	Časová posloupnost (téma: kluk vstává); hra Cognito; časová posloupnost (téma: kluk větší obraz); hra „Povím ti, mami 1,2“.
Rozvoj zrakové percepce	Obrázky z pravolevé orientace (materiál od Zelinkové); najít jiný obrázek v řadě (opět pravolevá orientace); reverzní tvary (vyhledat dva stejné obrázky); doplnění řady obrázků; stejné květiny do stejných konviček; vyhledat shodné obrázky v řadě; obrázek v obrázku; pravolevá orientace (tělesné schéma); najít pět rozdílů u dvou obrázků; spojování písmen abecedy; využití iPadu (aplikace: find it, memory).
Rozvoj sluchové percepce	Sluchová analýza a syntéza (analýza slov na slabiky, 1-3 slabičná slova); poznání první hlásky (B); první hláska ve slově

	(Co je na O?); sluchové rozlišení sykavek - zvuky (S x Z); sluchové rozlišení sykavek – slova (S x Z); první hláska ve slově; stejné x nestejné (znělosti); rýmování slov; rozvoj fonemického sluchu; poslední slabika ve slově; hra sluchové pexeso; doplň poslední slabiku; sluchová syntéza (výběr ze tří obrázků – zvířata); sluchová analýza a syntéza (třípísmenná slova); sluchová syntéza (čtyřpísmenná slova); hrátky se slovy (doplněné písmen); sluchová analýza slov pomocí psaní písmen; krátká x dlouhá slabika; PC program Naslouchej a hrej si; škrtání písmen ve slově; sluchová analýza šestipísmenných slov; hra na učitele (opravovat chyby v textu); sluchové rozlišení sykavek (ze šesti – slova, rozlišení dvou sykavek v jednom slově); rozlišení tvrdé x měkké hlásky.
Rozvoj oromotoriky + motoriky jazyka	Karty na procvičení oromotoriky; motorika rtů; motorika jazyka: hlavně „most“ z jazyka; mračení, zvedání obočí, zavření jednoho oka, úsměv jedním koutkem.
Rozvoj jemné motoriky	Vkládačka (tvary) + pojmenování; navlékání korálků.
Rozvoj grafomotoriky	Vizuomotorika (spojování teček dle předlohy); vizuomotorika (geometrické tvary); využití iPadu (aplikace Graphisme); psaní psacím písmem.
Rozvoj početních představ	1-10 (ze začátku max. 2-3); řada (první, poslední, uprostřed); otázka: Kolik máš modrých penízků? (početní řada do 20ceti); přiřadit číslo k obrázku; jednoduché počítání na prstech; pojmy méně x více; hodně x málo.
Řečová cvičení	Tvorba vět: eliminace agramatismů; homonyma; předložky (před, za, pod, nad, vedle); stupňování podstatných jmen; skloňování podstatných jmen (malované čtení); jednotné x množné číslo; rozumění řeči (dokončování neúplných vět); popletené věty; popletené příběhy; zdobněliny; časování sloves (minulý čas); koncovky přídavných jmen; protiklady; koncovky podstatných jmen množného čísla; dialog (odpovídání na otázky); zvrtná zájmena (se, si); rody podstatných jmen (ten, ta, to, ty); skloňování.

Rozvoj větné stavby	Samostatné vypravování (Kluk a drak); užití předložek ve větách (na, pod, před, za); vypravování (pohádka o Řepě); pěti slovná věta (se zřetkovou oporou: počet slov = počet penízků); vypravování (hra Povím ti, mami); rozvíjení vět a hlídání gramatiky.
Čtení a porozuměním (po 2 letech péče)	Přiřadit tři věty ke třem obrázkům – využíváno Logico piccolo; věty o místnosti (je tam... x není tam...); plnit příkazy dle přečteného (př. Ukaž na okno, pak na dveře.).
Rozvoj artikulace	Hláška Z (znělost ve slovech, větách); fixace hlásky básní a obrázkovým čtením; hláška Ž (znělost ve slovech, větách); fixace hlásky básní a obrázkovým čtením; R (průprava); hláška C (slova, věty); R – rozkmity); Ř – zkoušeno vyvození, ale moc se nedaří, má velární R.

Tabulka č. 26: Přehled logopedické intervence (Jan)

Logopedické vyšetření z 11/2015:

Řeč: komunikuje verbálně, stále nemá potřebu komunikovat aktivně.

Koncentrace pozornosti: spíše krátkodobější.

Stupeň vývoje řeči: tvoří rozvitě věty, souvětí sám nevytvoří.

Pasivní slovní zásoba: rozvinutá.

Aktivní slovní zásoba: nepřiměřená chronologickému věku, ale vzhledem k dg. na uspokojivé úrovni.

Melodie řeči nevýrazná; hlas jasný; tempo řeči pomalejší; plynulost neporušena; hospodaření s dechem smíšené; dýchání ústy i nosem; nosovost normální.

Sluch: vyšetřen – v normě; zřetková percepce: dobře zacvičen, již minimální chybovost v pravolevé orientaci; početní představy: utvořeny do dvaceti; lateralita: pravostranná, zkřížená; chování: neklidné. Výborná spolupráce s rodinou, s chlapcem všechny úkoly plní.

	8/2009	11/2015
Lexikálně – sémantická jazyková rovina	Chudá slovní zásoba, užívá omezené slovní druhy, převážně substantiva a slovesa. Rozumění řeči výrazně oslabeno.	Rozumění na úrovni rozvitých vět (rozumění stále oslabeno na úrovni složitých morfológico-

		syntaktických struktur). V průběhu péče velký rozvoj pasivní i aktivní slovní zásoby.
Morfologicko – syntaktická jazyková rovina	Odpovídá jednoslovně, případně tvoří dvouslovné věty s narušením syntaktické skladby a četnými dysgramatismy.	Tvoří rozvitě věty s již minimem dysgramatismů (občas chybuje v rodu, čase).
Foneticko – fonologická jazyková rovina	Obtíže ve fonematickém sluchu, v rozeznávání fonologických opozic. Řečový projev obtížněji srozumitelný, místy až nesrozumitelný.	Artikulační neobratnost, obtížněji srozumitelná řeč (oslabená oromotorika, pomalejší tempo řeči, celková mimika nevýrazná). <i>Artikulace:</i> C,S,Z – addentální; Z,Ž – v řeči neznělé sykavky; R – mogilalie, v náznaku; Ř – paralalie sykavka.
Pragmatická jazyková rovina	Nerozvíjí sám sociální interakci, pasivní, nemá potřebu se spontánně zapojovat do společné hry s vrstevníky, nezbytné neustálé vedení a dohled.	Konverzaci sám neinicuje, odpoví na jednoduché otázky. Chování narušeno specifickými autistickými prvky.
Zraková percepce	Nezvládá diferenciaci reverzních tvarů.	Skládá vícedílné puzzle, překreslí obrázek dle předlohy, v pravolevé orientaci na ploše je zacvičen, zvládá lépe.
Sluchová percepce	Obtíže ve fonematickém sluchu, v rozpoznávání fonologických opozic.	Pozná první a poslední hlásku; v rozlišování sykavek C,S,Z x Č,Š,Ž bez problémů; zvládne sluchové pexeso; zlepšení ve sluchové analýze a syntéze slov (nyní i šestipísmenné slovo); s dopomocí rozliší krátkou x dlouhou hlásku, tvrdou x

		měkkou hlásku.
--	--	----------------

Tabulka č. 27: Srovnání jednotlivých jazykových rovin a percepce na začátku logopedické péče a po 6,5 letech intenzivní logopedické intervence (Jan)

Shrnutí: Chlapec se dle výše uvedené tabulky zlepšil. Minimálního zlepšení bylo dosaženo v pragmatické jazykové rovině – u chlapce nejvíce narušena (jako u dg. PAS). K prudkému rozvoji došlo ve sluchové percepci. Vše je podpořeno docházkou na speciální základní školu, kde je chlapec zařazen. Ve školním roce 2014/2015 se začal učit i psací písmena, což je u dětí s touto dg. ojedinělé. Neustále je potřeba rozvíjet funkční komunikaci, rozšiřovat slovní zásobu, tvořit souvětí a rozvíjet dále sluchové a zrakové vnímání.

Bylo potřeba opět zjistit, jak a jakou formou probíhá komunikace s chlapcem v domácím prostředí. Na otázku, jaká forma komunikace je s Janem využívána, matka odpověděla, že: *„Využíváme slovní komunikaci.“* Ohledně otázky týkající se vůbec počátku jejich společné komunikace a výběru komunikačního systému: *„Vlastně my sami jsme Honzu vedli k tomu, aby s námi mluvil. On byl diagnostikovaný celkem pozdě. Nejdříve jsme začínali s autistickými rysy, pak atypický autismus a až kolem 7.,8. roku se diagnóza změnila na dětský autismus. Začaly ty klasické echolalie a další typické projevy autismu.“* Spokojení s verbální komunikací jsou. *„Tou pozdější diagnostikou jsme se ani k obrázkům nikdy nedostali...“* K problematice rozumění řeči matka odpověděla, že: *„má naučené nějaké fráze, kterým rozumí. Snažíme se mluvit jednoduše, protože složitým informacím prostě nerozumí.“* Když neporozumí: *„snažíme se to „opsat“ jinými slovy. Taky používá obranné mechanismy – věty typu: „Už jsem to říkal.“ „Neříkej to třikrát.“. Když tohle řekne, je nám jasné, že moc neporozuměl.“* Dále mě zajímalo, jak chlapec vyjadřuje své pocity, prožitky a žádosti: *„Jako typický autista nevyjadřuje nic. Ale je „čitelný“, člověk pozná, že se něco děje. Poznáme lítost, zaražení. Podle mě ho mrzí, že nedokáže říct, co se děje a na druhou stranu to ani říct vlastně nechce.“* Na otázku, zda matka může sdělit nějaké další zkušenosti a doporučení pro ostatní rodiče: *„Myslet o krok dopředu. Pokud něco řekneme nebo slíbíme, musíme to bezpodmínečně dodržet. A pokud to třeba s nějakého důvodu nejde, musíme mít v záloze variantu ještě o něco lepší, než ta původní. Například, víme, že Honzík má rád mašinky a když slíbíme, že o víkendu půjdeme na nádraží a třeba kvůli počasí to prostě nejde, víme, že pokud místo toho nabídneme kino, spokojí se s tím a nepůjde to afektu.“*

Musíte mít všechno naplánované a mít milion, milion trpělivosti, systémovost, protože operativní řešení nefunguje.“

Na otázky ohledně komunikace ve škole (speciální základní škola) odpovídala Janova třídní učitelka. Její praxe je 32 let a vystudovala Speciální pedagogiku na Univerzitě Karlově. Ve třídě má celkem 6 dětí a 3 z nich s poruchou autistického spektra. Absolvovala 2 kurzy týkajících se problematiky PAS, které pořádala APLA. Ke spolupráci využívá: „psychologa v SPC, APLA (NAUTIS)“ Školský logoped ve speciální základní škole není. Dále mě zajímalo, jakým způsobem se zaměřuje na rozvoj komunikace dětí jejich školní vzdělávací plán: „ŠVP se jmenuje „Příprava na život“ a info na stránkách (pozn. dostupný z <http://www.zsspecmb.cz/soubory/SVP.pdf>, kap. 3.3 řečová výchova). Poté je v individuálním vzdělávacím plánu zohledněn rozvoj komunikace tak, že: „se rozvíjí vyjadřovací schopnosti, podněcujeme děti k mluvení, třeba při práci s obrázky. Dále tvoříme jednoduché věty k obrázkům, opakuje vyjmenovaná slova v doplňovacích cvičeních, pravopis po tvrdých a měkkých souhláskách, určování rodu podstatných jmen, časování sloves.“ S dětmi se také učíme: „psaní adresy a napsání a odeslání přání.“ Další otázky se vycházely z komunikativních kompetencí uvedených v Rámcovém vzdělávacím programu pro obor vzdělávání základní školy speciální. Písemná forma komunikace: „Hončík bezchybně opíše a přepíše text z tabule i učebnice. Píše velmi úhledným písmem, diktát nezvládá. Daří se i doplňovací cvičení k vyjmenovaným slovům a slova s tvrdými a měkkými slabikami.“ Otázka týkající se rozumění sdělení: „Běžným pokynům a sdělení při vyučování rozumí, ale při nových činnostech (např. postup práce při pracovní nebo výtvarné výchově) musí mít zrakovou oporu. Pak dokáže pracovat samostatně, slovní vedení ale nestačí.“ Chlapcova reakce na sdělení: „Na pokyn, sdělení reaguje dobře, poslechne, podřídí se.“ A poslední otázka, jak aktivní v komunikaci chlapec je a jak vyjadřuje své pocity a prožitky a žádosti: „Hončík je málomluvný, s radostí vypráví o večerníčcích a Studiu kamarád. V poslední době sděluje ve velmi jednoduchých větách oslavy v rodině, svátky, divadelní představení. Určitě se v komunikaci posunul k lepšímu“

Závěr: Chlapec byl diagnostikován v pozdějším věku, ale i přesto se mu dostává maximální péče. Jednoduchým sdělením rozumí, ale při složitějších potřebuje vizuální podporu. Opis a přepis textu bez problémů, diktát nezvládá a při pravopisných doplňovacích cvičeních se mu daří. Rozvoj komunikace u dětí s PAS je velice

dlouhodobý proces a jak jsem se dozvěděla při rozhovoru s třídní učitelkou, až v poslední době dochází u Jana opravdu ke zlepšení komunikace – pomalu začíná reagovat na otázky typu: „Co jsi dělal o víkendu?“ a ve velmi jednoduchých větech vypráví.

Případová studie č 5: Adam V.

Narozen: 10.7.2008

Základní dg.: F84.5 – Aspergerův syndrom; F90.0 – hyperkinetická porucha. Nyní se na posledním psychologickém vyšetření přiklání spíše k dg. atypický autismus.

Vývoj rozumových schopností je nerovnoměrný, má *nadprůměrné schopnosti* v detailním *vnímání* a vlohy k práci s čísly a písmeny.

Osobní anamnéza:

Dítě z první gravidity. Těhotenství bez problémů, matka měsíc užívala Zolofit pro psychické problémy, porod bez komplikací, PH 3800g. *Psychomotorický vývoj:* raný psychomotorický vývoj v normě, seděl v 8 měsících, chůze ve 13 měsících. *Řečový vývoj:* první slova v jednom roce, ve dvou letech mluvil v dvoučlenných větách, v současné době mluví ve vícečlenných větách, ale agramaticky, přetrvává špatné používání osobních zájmen, občasné echolalie, nekonverzuje, nevyptává se, nesděluje zážitky.

V péči APLA, Praha (raná péče), pedagogicko-psychologické poradny a foniatrie.

Rodinná anamnéza:

Matka: ročník 1977, vzdělání: střední odborné učiliště, nyní pracuje jako kosmetička, dg. panická porucha, jednokmitné R.

Otec: ročník 1975, vyučený, nyní pracuje jako vedoucí údržby, zdrav.

Sourozenci: 0

Rodina žije v bytě panelového domu. Manželství rodičů není harmonické.

Školní anamnéza:

Chlapec navštěvuje od tří let běžnou mateřskou školu (horší adaptace, nechtěl se zapojovat do her s dětmi, časté echolalie místo aktivní komunikace). Měl odklad školní docházky, pro školní rok 2015/2016 byl integrován do běžné základní školy s asistentem pedagoga.

Sebeobsluha:

Jídlo: stravu přijímá standardní, bez větších požadavků. Spíše si vše až moc prohlíží.

Udržování čistoty: hygienu udržuje, bez plen již od 2 let.

Oblékání: sám se oblékne, rodiče musí dopomáhat se zipy, knoflíky, tkaničkami.

Orientace: je potřeba neustálý dohled, při procházkách moc nevnímá okolí a cestu.

Vstupní logopedické vyšetření z 4/2014

Řeč: srozumitelná, slovní zásoba chudší, nemá potřebu aktivně komunikovat (echolalie, mluví sám pro sebe, rituální chování – přibližuje předměty blízko k očím).

Koncentrace pozornosti: krátkodobá.

Tvoří agramatické rozvitě věty.

Mluva: melodie výrazná, tempo řeči normální, plynulost neporušena, hlas jasný, dýchání nosem, nosovost normální, zvládne rytmiizaci slov, ale nespočítá počet slabik ve slově.

Mluvidla méně obratná; *sluch* vyšetřen a je v normě; *lateralita* levostranná, zkřížená; *pravolevá orientace* nestabilní; *základní barvy* pozná a hnědou a šedou; *početní řada* do 50; *chování* neklidné.

Artikulace: L – níže, R – mogilalie; Ř – paralalie sykavka.

Komplexní psychologické vyšetření z 7/2012

V sociální oblasti se projevuje opožděné sociální chování, je sociálně aktivní, oční kontakt udržuje, ale rozruší ho, když přímý kontakt vynucujeme. Regresivní chování, sociálně neadekvátní.

Emocionální reakce jsou mírně abnormální, mívá občas záchvaty pláče a křiku, např. když by si měl umýt vlasy apod.

Motorika je mírně abnormální až abnormální, je neohrabaný, neumí se naučit šlapat na kole, má zvláštní pohyby prstů (třepání nebo kývání před očima), někdy bouchá druhé lidi, když ho nutí do něčeho, co nechce.

Hra je mírně abnormální, dává si hračky velmi blízko k očím, všímá si malých detailů, kýve hračkou před očima, má výrazné zájmy (dopravní značky, písmena, čísla), které i poznává a je schopen přesně pojmenovat.

Sluchové reakce jsou mírně abnormální až abnormální, zakrývá si uši rukama, když slyší kokrhát kohouta, nesnáší mixér.

Verbální komunikace je mírně abnormální, řeč je rozvinutá na přiměřené úrovni, ale vážne sociální složka komunikace. O sobě mluví ve druhé osobě, častá záměna osobních zájmen, velmi časté echolalie, opakuje otázku i celé promluvy, reklamy a pohádky z TV apod. Někdy nepřiléhavá melodie řeči.

Neverbální komunikace je mírně abnormální, občas nepřiléhavá mimika, pitvoření se.

Vývoj *rozumových schopností* je nerovnoměrný, má výrazně nadprůměrné schopnosti v detailním vnímání a vlohy pro práci s čísly a písmeny.

Kresba na úrovni čmáranice, chce, aby mu druzí kreslili dopravní značky.

Závěr:

Chlapec s diagnózou Aspergerův syndrom v mírnější formě (diferenciální diagnostika atypického autismu). *Doporučení:* terapie a pedagogické postupy, začlenění dle APLY. Vhodná pravidelná docházka do běžné mateřské školy a začleňování do společných aktivit s ostatními dětmi.

Chlapec dochází ke klinickému logopedovi cca 1 rok a 7 měsíců v průměru 1x za 4 týdny. Logopedická intervence probíhala následovně (viz tabulka č. 28):

Rozvoj zrakové percepce	Reverzní tvary; pravolevá orientace na tělesném schématu; diferenciacie (diagnostika předškoláka; detaily, má s tím výrazné potíže); výběr z řady; figura a pozadí; tvary; skládání obrázků ze čtyř částí; pravolevá orientace (krychle); diferenciacie (obrázky měsíců – potíže se směry); hledání a spojování stejných písmen; rozlišení tvarově podobných písmen.
Rozvoj sluchové percepce	Rytmizace (1-3 slabičná slova); rytmičace + počet slabik; rytmizace (až pět slabik); rozvoj fonematického sluchu (otázka: „Slyšíš tato dvě slova stejně nebo jinak“?); rozlišení krátké x dlouhé slabiky, měkké x tvrdé slabiky.
Rozvoj oromotoriky + motoriky jazyka	Karty na procvičení oromotoriky; myofunkční terapie: posilování jazyka špátli pomocí tlaku.
Rozvoj jemné motoriky	Stříhání (výrazné obtíže); stříhání dle čar (mírné zlepšení); lepení obrázků.
Rozvoj grafomotoriky	Zacvičení správný úchop; vybarvování technických obrázků; vizuomotorika

	(dokreslování obrázků: zrakově se daří, grafomotoricky nestabilní); zlepšení úchopu; účast na vzdělávacím programu „Maxík“.
Rozvoj slovní zásoby	Nadřazené pojmy (výbavnost + co nepatří k ostatním); doporučeno Velké logopedické pexeso (výbavnost – potíže s koncentrací a očním zacílením); třídění do kategorií (zima x léto); kategorizace (opakování, Logico piccolo).
Řečové cvičení	Předložky; skloňování (pomůcka VYKUK); předložky dle pokynů (př. Dej hrnec na sporák – vážne porozumění řeči); množné číslo (1 hrnek, 2 hrnky, ..., 5 hrnků); předložky (manipulace v ordinaci – na, pod, vedle); opakování skloňování a doporučena kniha Malované čtení (na správné skloňování).
Rozvoj artikulace	R (průprava: traktory + motorka); R (TR-) – začalo velární R; R (dn + fouknout do polystyrenu, hlídat jazyk nahoře); R (slova, pozor na velární zvuk).

Tabulka č. 28: Přehled logopedické intervence (Adam V.)

Logopedické vyšetření z 11/2015:

Řeč: komunikuje verbálně, stále nemá potřebu aktivně komunikovat.

Koncentrace pozornosti: krátkodobá, zlepšení medikací.

Stupeň vývoje řeči: tvoří rozvité věty, velké zlepšení gramatiky.

Pasivní slovní zásoba: rozvinutá dostatečně.

Aktivní slovní zásoba: stále přetrvávající obtíže.

Melodie řeči výrazná; hlas jasný; tempo řeči normální; plynulost neporušena; hospodaření s dechem smíšené; dýchání nosem; nosovost normální.

Sluch vyšetřen – v normě; Zraková percepce: skládá bez problémů vícedílné puzzle, rozstříhané obrázky; zlepšení u reverzních tvarů, v pravolevé orientaci; početní představy: do 50-ti; lateralita levostranná, zkřížená; chování neklidné. Výborná spolupráce s rodinou, matka s chlapcem všechny úkoly doma plní.

	4/2014	11/2015
Lexikálně – sémantická jazyková rovina	Rozumění na úrovni rozvitých vět, oslabeno ve složitějších strukturách. Chudá slovní zásoba.	Rozumění na úrovni rozvitých vět zlepšení zaznamenáno jen minimální). V průběhu péče došlo k rozvoji pasivní i aktivní slovní zásoby.
Morfologicko – syntaktická jazyková rovina	Tvoří rozvitě věty s častými dysgramatismy.	Tvoří rozvitě věty s občasnými dysgramatismy (skloňování, časování). Po zařazení na běžnou základní školu došlo ke zlepšení.
Foneticko – fonologická jazyková rovina	Řeč celkem srozumitelná, nevyzrálá sluchová percepce. Artikulace: L – níže; R – mogilalie; Ř – paralalie sykavka.	Stále přetrvávající artikulační neobratnost, řeč je srozumitelná. Rozvoj sluchové percepce. Artikulace: L – níže; R – velární; Ř – paralalie sykavka.
Pragmatická jazyková rovina	Nemá potřebu komunikovat. Oční kontakt udržuje. Málo pestrá obličejová mimika. Opožděné sociální chování, sociálně aktivní.	Konverzaci sám neinicuje, potřeba komunikovat se objevuje – poslední dobou se začíná ptát. Oční kontakt udržuje, používá málo obličejové mimiky. Chování narušeno specifickými autistickými prvky.
Zraková percepce	Obtíže v reverzních tvarech a pravolevé orientaci.	V reverzních tvarech zacvičen, zlepšení v pravolevé orientaci na ploše.
Sluchová percepce	Vytleská slovo na slabiky, nespočítá počet slabik, obtíže dělají více jak 3 slabičná slova (komolí, redukuje je)	Pozná první i poslední hlásku, vytleská a určí bez problémů počet slabik. Vytleskává 1-5-ti slabičná slova. Sluchová syntéza a analýza 5-ti písmenných slov.

Tabulka č. 29: Srovnání jednotlivých jazykových rovin a percepce na začátku logopedické péče a po 1 roce, 7 měsících intenzivní logopedické intervence (Adam V.)

Shrnutí: Chlapec se dle výše uvedené tabulky (tabulka č. 29) zlepšil. Zlepšení se nejvíce projevilo při nástupu na běžnou základní školu. V kolektivu dětí je oblíbený, učení mu jde bez problémů. V 11/2014 v Apla, Praha navštěvoval 1x týdně individuální kurz (placený), kde trénovali porozumění řeči – byla jim přiřazena nová poradkyně, matka je s ní velmi spokojena. Proběhly konzultace v mateřské škole i v domácím prostředí. Nyní upravujeme artikulaci problémových hlásek.

Dále bylo potřeba opět zjistit, jak a jakou formou probíhá komunikace s chlapcem v domácím prostředí. Na otázku, jaká forma komunikace je s Adamem využívána, matka odpověděla, že: „*slovní, ale podpořena vizuálně.*“ Ohledně otázky týkající se vůbec počátku jejich společné komunikace a výběru komunikačního systému: „*pomohla APLA. Doporučila nám obrázky.*“ Spokojení s verbální komunikací jsou. „*je to jednodušší než obrázky*“ K problematice rozumění řeči matka odpověděla, že: „*základním otázkách rozumí, ale je dobré to upevnit napsaným textem, když neuměl ještě číst, tak obrázkem.*“ Když neporozumí: „*je vzteklý, ale docela se ptá, jak to vlastně je.*“ Dále mě zajímalo, jak chlapec vyjadřuje své pocity, prožitky a žádosti: „*Když je smutný, řekne proč. Je i takový všímavý. Když vidí, že jsem smutná já, přijde a ptá se, co se stalo. Nemá rád, když já brečím, hodně to prožívá se mnou. Ale když ho něco trápí, vidím, jak se to snaží zvládnout sám, pere se s tím.*“ Na otázku, zda matka může sdělit nějaké další zkušenosti a doporučení pro ostatní rodiče: „*Opakovat všechno, opakovat a opakovat. Pomocť mu vším možným i nemožným, třeba kresbou. Taky je potřeba trpělivost a nehledět, co bude v budoucnosti, žít tady a teď.*“

Na otázky ohledně komunikace ve škole (běžná základní škola) odpovídala Adamova třídní učitelka. Její praxe je 21 let (13 let na základní škole speciální a praktické, 8 let na běžné základní škole) a vystudovala Učitelství pro 1. stupeň na univerzitě v Hradci Králové a Speciální pedagogiku na Technické univerzitě v Liberci (specializace psychopedie, logopedie). Ve třídě má celkem 30 dětí, 2 z nich mají individuální domácí vzdělávání a 1 žák s poruchou autistického spektra (Adam). Žádný kurz týkající se problematiky PAS neabsolvovala, informace čerpala při studiu na vysoké škole a samostudiem. Ke spolupráci využívá: „*kolegy z SPC.*“ Školský logoped ve speciální základní škole není, ale: „*pomoc logopedických asistentů nabízíme vždy při*

zápisu do první třídy.“ Dále mě zajímalo, jakým způsobem se zaměřuje na rozvoj komunikace dětí jejich školní vzdělávací plán: „ŠVP se jmenuje „Kvalitní vzdělání ve všech směrech“ (pozn. dostupný z <http://www.skoladebr.cz/clanek-proc-si-vybrat-prave-nasi-skolu-37-15>). Rozvíjení komunikace probíhá standardně podle rámcového vzdělávacího programu. Ale máme třeba navíc podporu jazykového vzdělávání a od první třídy učíme anglický jazyk. Poté je v individuálním vzdělávacím plánu zohledněn rozvoj komunikace tak, že: „celkově podněcujeme děti k mluvení, interakci v hodinách. S tím nám pomáhá právě SPC. Zatím ale u Adama nepotřebuji žádné extra úlevy, stíhá všechno a je šikovný.“ Další otázky se vycházely z komunikativních kompetencí uvedených v Rámcovém vzdělávacím programu pro obor vzdělávání základní školy speciální. Jak Adam zvládá písemnou formu komunikace, jak rozumí sdělení, jak reaguje na sdělení a jak aktivní v komunikaci je a jak vyjadřuje své pocity, prožitky a žádosti: „S pomocí asistentky zvládá naprosto vše, vadí mu pouze zvýšená hladina zvuku, třeba při tělesné výchově, zvýšení hlasu učitele.“

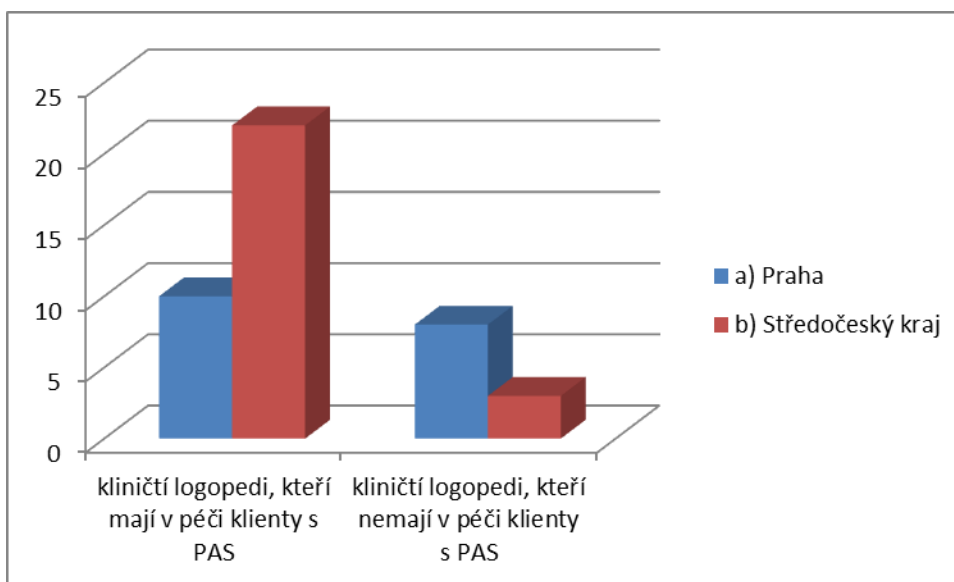
Závěr: Komunikace u chlapce s Aspergerovým syndromem je na celkem dobré úrovni. Oslabeno je hlavně porozumění řeči (jednoduchým větám rozumí, selhává na úrovni složitějších morfologicko-syntaktických struktur). Také u něj je potřeba vizualizace. Při psaní prozatím nemá problém, díky asistentce pedagoga zvládá veškeré učivo. V poslední době se dle matky začal více vyptávat, snaží se hledat odpovědi na situace v okolí. Ve škole je oblíbený, ostatní děti jej mezi sebe přijaly bez problémů, snaží se aktivně zapojovat a pomáhat mu.

3.1.4 Závěr šetření

Kvantitativní část praktické části rigorózní práce cílená na stávající situaci v poskytování logopedické intervence u osob s poruchami autistického spektra v Praze a Středních Čechách byla postavena na distribuci dotazníku určeným klinickým logopedům.

Hlavním úkolem dotazníku bylo analyzovat četnost klientů s diagnózou poruchy autistického spektra, znalost o problematice PAS, využití alternativní a augmentativní komunikace, spokojenost s poskytovanými informacemi a formu získávání informací nových o dané problematice.

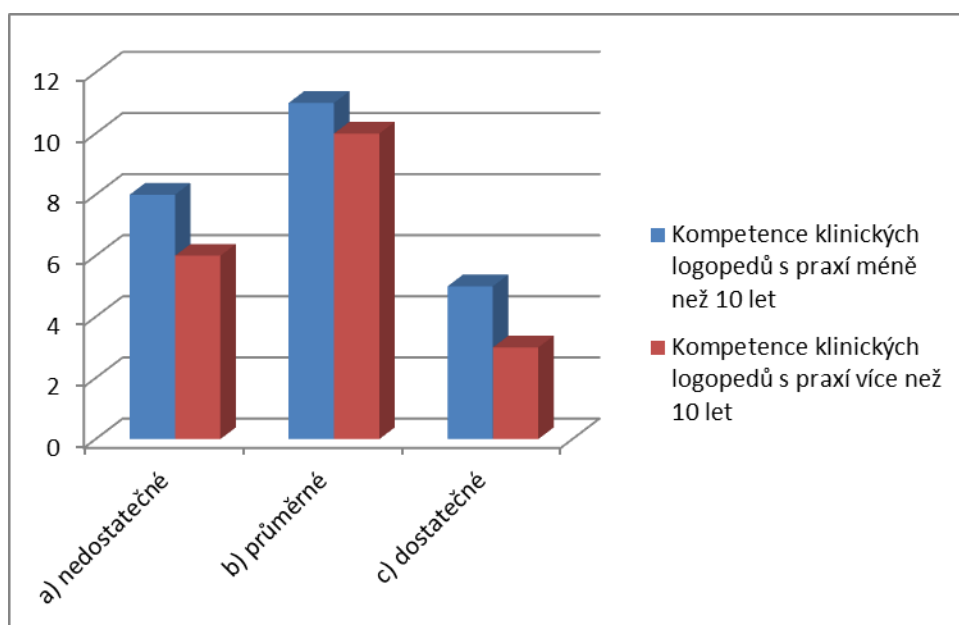
Hypotéza H1 *Kliničtí logopedi ve Středních Čechách mají v péči více klientů s PAS, než kliničtí logopedi v Praze* **se potvrdila**. Dle níže uvedeného a grafu č. 16 je patrný rozdíl v počtu klientů s poruchami autistického spektra u klinických logopedů ve Středních Čechách a v Praze. Vysvětlení může být takové, že v Praze jsou specializovaná centra, která osoby s PAS sdružují.



Graf č. 16: Poměr klinických logopedů ve Středních Čechách a v Praze.

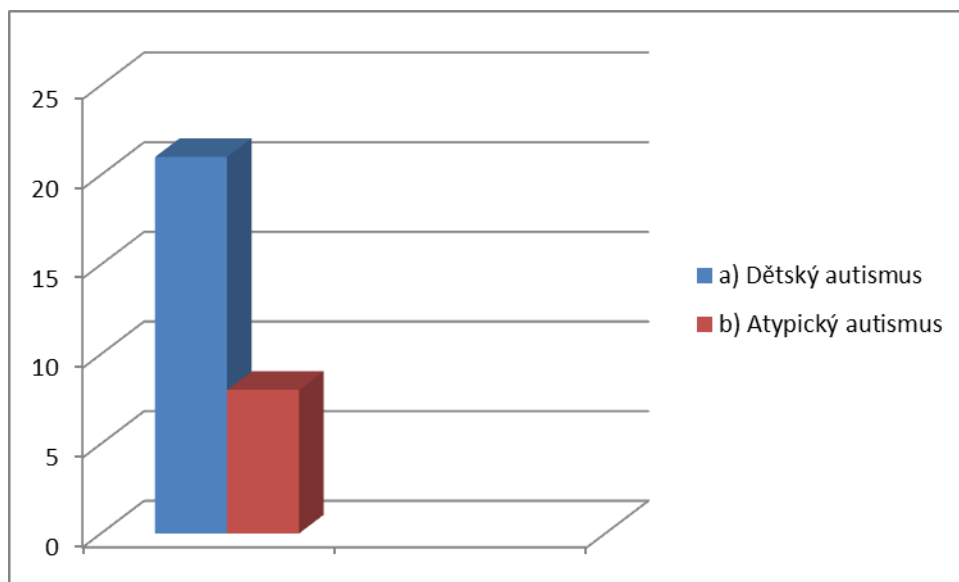
Hypotéza H2 *Kliničtí logopedi, jejichž praxe v oboru je méně než 10 let se cítí dostatečněji kompetentní než kliničtí logopedi, kteří uvádějí praxi déle než 10 let,* **se potvrdila**. Dle výsledků šetření lze konstatovat, že téměř polovina klinických logopedů hodnotí

spokojenost s informacemi na úrovni střední linie (ať s praxí méně než 10 let, či více než 10 let). Celkově ale vyplývá, že kliničtí logopedi se informování dostatečně necítí (střední linie s přesahem do negativní reference). Absolvováním odborného kurzu nebo semináře si již rozšířilo své znalosti celkem 26 klinických logopedů, z nichž má v péči klienta s PAS 25. Samostudiem odborné literatury se dále zabývalo celkem 30 klinických logopedů, z nichž v péči klienta s PAS má 28. Jinou cestou, např. od rodičů nebo z internetu získali informace o dané problematice 2 kliničtí logopedi, z nichž oba mají v péči klienta s PAS. Z uvedeného také můžeme usuzovat (viz graf č. 17), že k informacím získaným při studiu na vysoké škole je potřeba ještě samostudium a další vzdělávání k vykonávání logopedické intervence u osob s poruchami autistického spektra a je potřeba se dále vzdělávat.



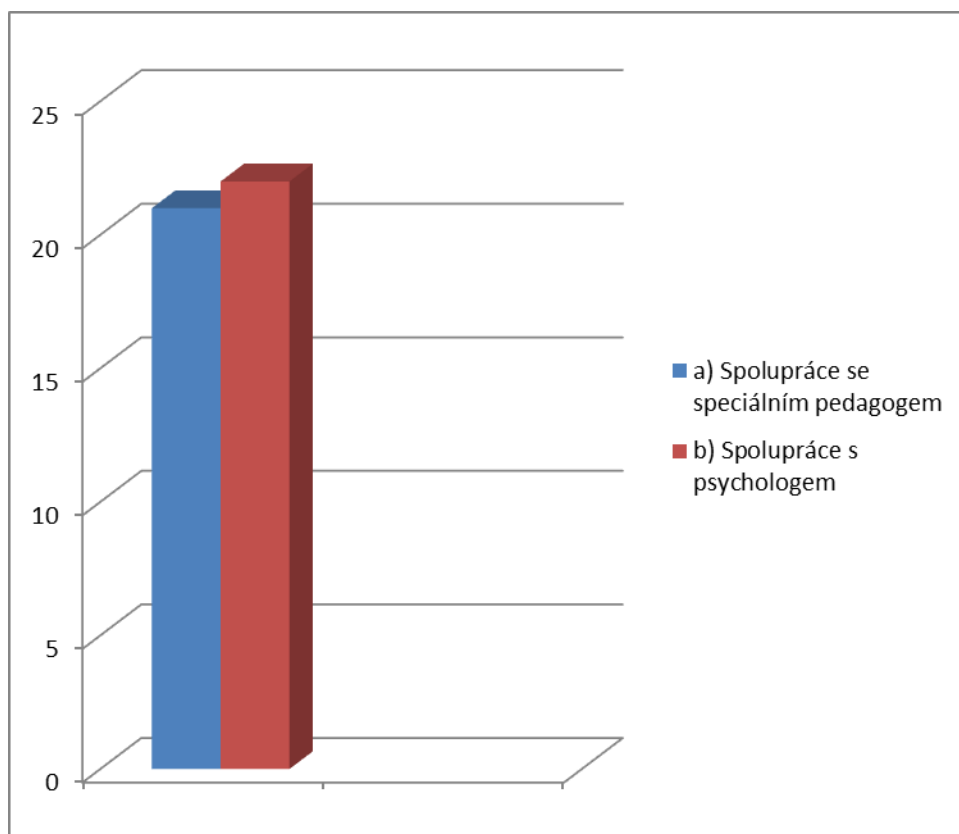
Graf č. 17: Znalosti klinických logopedů podle délky jejich praxe

Hypotéza H3 *V péči klinických logopedů se častěji vyskytuje diagnostická kategorie dětského autismu, než atypický autismus* **se potvrdila**. Diagnóza dětský autismus se vyskytuje u 21 klinických logopedů, zatímco diagnóza atypický autismus se vyskytuje pouze u 8 ze zúčastněných klinických logopedů, viz níže, graf č. 18.



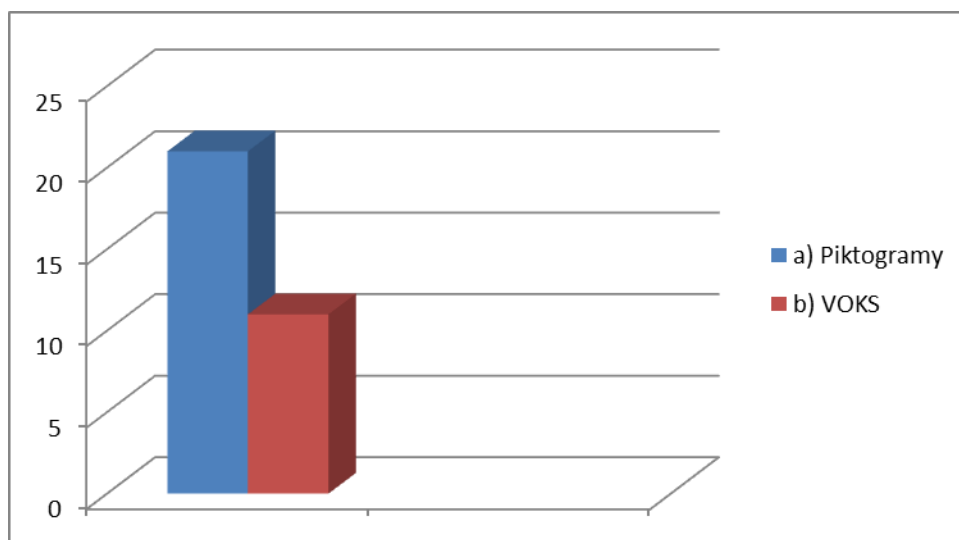
Graf č. 18: Komparace výskytu diagnóz v ordinacích klinické logopedie

Hypotéza H4 *Kliničtí logopedi v rámci interdisciplinární péče spíše spolupracují se speciálním pedagogem, než psychologem* **se nepotvrdila**, jak můžeme vidět na grafu č. 19. Z vlastní zkušenosti vím, že spíše spolupracuji s psychologem ze speciálně pedagogického centra, než speciálním pedagogem. Po rozhovoru s třídními učitelkami dětí s autismem, zase spíše ony spolupracují právě ze speciálně pedagogickým centrem, takže se k nim informace od klinických logopedů dostanou.



Graf č. 19: Interdisciplinární spolupráce

Hypotéza H5 *Kliničtí logopedi využívají pro práci s klienty s poruchami autistického spektra spíše piktogramy, než komunikační systém VOKS* **se potvrdila**. Dle mého názoru jsou piktogramy lépe využitelné v běžném životě (v rodině, vzdělávání). Někteří začínali na piktogramech a dále přešli na komunikační systém VOKS, takže využívají v podstatě obojí. Piktogramy využívá 21 klinických logopedů a komunikační systém VOKS využívá 11 klinických logopedů (viz graf č. 20).



Graf č. 20: Formy AAK využívány klinickými logopedy při práci s klienty s PAS

Uvedený graf č. 20 jasně dokazuje, která forma AAK převažuje. Dle výzkumu jsou ale nejvíce využívány fotografie (využívá je o 2 klinické logopedy více než piktogramy, tj. 23).

Kvalitativní část praktické části rigorózní práce byla cílená na konkrétní způsob poskytování logopedické intervence u jednotlivých dětí s poruchami autistického spektra v ordinaci klinické logopedie. Byla postavena na vyhodnocení všech informací v průběhu logopedické péče. Z výsledků lze usuzovat, že logopedická intervence má bezpochyby pozitivní důsledek na rozvoj dětí. Při komunikaci v ordinaci klinické logopedie využíváme komunikační systém VOKS, v němž jsme proškoleni. Místo VOKSových obrázků občas využíváme fotografie a piktogramy, z nichž se pak snažíme na VOKSové obrázky přejít. Tento systém komunikace je výhodný hlavně proto, že je relativně rychle a dobře pochopitelný, protože staví na nejvíce oblíbených věcí dětí. Při terapiích je nutné názorné a strukturované vedení, což se snažíme rodičům vysvětlit a přenést tuto formu i do domácího prostředí. Dítě před začátkem práce vidí, co všechno musí splnit, aby dostalo oblíbenou odměnu. V jedné krabici jsou naskládány všechny úkoly, které musíme udělat, poté je postupně odebíráme a překládáme do vedlejší krabice, kde jsou úkoly již hotové. Po dodělení jednotlivého úkolu si dítě strhne jeden obrázek z komunikačního. Pokud strukturu dodržujeme neustále, dítě se zklidní, lépe se s ním pracuje a my můžeme o to více rozvíjet oblasti, které potřebujeme. Já osobně se snažím, jak je vidět i v praktické části rigorózní práce, aby v každé terapii byly rozvíjeny všechny percepce. Považuji za dobré, mít vždy úkol na rozvoj

oromotoriky, dechové cvičení, rozvoj zrakové a sluchové percepce, slovní zásoby a především komunikace.

Součástí byl i polostrukturovaný rozhovor s rodičem a třídní učitelkou, abych analyzovala rozvoj komunikačních schopností nejen na logopedii, ale i doma a ve škole, kam dítě dochází.

Cílem této části bylo přiblížení, jak probíhá péče na pracovišti, kde působím a snaha o propojení rozvoje komunikace u dětí s autismem v sociálním prostředí, které je obklopuje. Je to inspirace dalším klinickým logopedům, kteří měli, mají nebo budou mít v péči klienta s diagnózou autismu.

3.1.5 Doporučení pro praxi

Na základě analýzy, výsledků a závěrů výzkumného projektu byla stanovena následující doporučení pro logopedickou a speciálně pedagogickou praxi.

- Podle všech dotazovaných klinických logopedů je logopedická intervence u osob s PAS důležitá, proto na první místo řadím nezbytnost logopedické intervence u osob s poruchami autistického spektra.
- Vytvářet podmínky pro vzdělávání klinických logopedů v oblasti poruch autistického spektra a rozšířit nabídku doplňkového a celoživotního vzdělávání zaměřeného na PAS.
- Využívat alternativní a augmentativní komunikaci při logopedické intervenci klientů s PAS. Dle výsledků dotazníkového šetření jsou nejvyužívanější fotografie, poté piktogramy.
- Využívat dostupných speciálně pedagogických metod k co největší možné míře samostatnosti, sebeobsluhy, komunikaci, pracovním a sociálním dovednostem.
- Využívat komplexního přístupu, podněcovat i aktivizovat více dílčích oblastí osobnosti klienta s PAS.
- Spolupracovat s dalšími odborníky a rodiči. Udržovat a prohlubovat vztahy s rodiči a být jim také oporou v těžkých chvílích.
- Využívat vizualizace a názornosti. Vizualizace je pro osoby s PAS lépe pochopitelná, poskytuje jistotu a stálost. Verbální instrukce rychle zaniká.

- Zvyšovat všeobecnou informovanost o pervazivních vývojových poruchách na všech úrovních, popř. vysokých škol.
- Účastnit se odborných kurzů a seminářů pro efektivnější práci s osobami s PAS. Kurzy pořádá APLA Praha (*Alternativní a podpůrné metody komunikace u dětí s PAS se zaměřením na výměnné obrázkové systémy, Řeč a problematika komunikace u osob s PAS* + dalších cca 20 na téma léky, šikana, agresivita, apod.), dále CTA (*Způsoby práce s dětmi s PAS I a II, e-learning* vzdělávání pedagogů pracujících s dětmi s autismem), AKL (*Rozvoj komunikace u dětí s PAS I a II*) nebo auti-centrum, o.p.s. (workshop: *Využití iPadu u dětí s autismem*).
- Vytvářet individuální úkoly pro každého jedince. V příloze (viz 8. kapitola, str. 131-132) nabízím tipy, jak lze úkoly vytvářet (obr. 2-11).

Jedním z nejdůležitějších cílů je zařazení osob s PAS do společnosti a tím do běžného života. Tímto je kladen velký důraz nejen na pedagogické pracovníky, ale také na klinické logopedy, kteří se na tomto procesu podílejí. Pokud chceme, aby byl intervenční zásah úspěšný, pak je nutné zkvalitnit týmovou spolupráci všech, kteří se na intervenčních strategiích podílejí. Je důležitá vzájemná podpora, informovanost a otevřená komunikace všech zúčastněných.

Strukturou prostředí a pracovního místa vytváříme pocit jistoty, bezpečí i předvídatelnosti a tím i dobré podmínky pro celkový rozvoj osob s PAS. V neposlední řadě je nutný i individuální přístup, protože všechny osoby s PAS se od sebe v různé míře odlišují. Právě na základě individuálního přístupu musíme zvolit co nejvhodnější komunikační systém, díky kterému zpřístupníme osobám s autismem „náš svět“.

4 Závěr

Práce se zabývala rozvojem komunikace u dětí s poruchou autistického spektra ve Středních Čechách a Praze. Dle mého názoru je logopedická intervence u dětí s touto diagnózou velice důležitá a měla by se stát součástí interdisciplinárního přístupu. Vždyť právě komunikace je jedna z postižených oblastí již zmíněné „triády“. Cílem práce bylo analyzovat komunikativní schopnosti u dětí s poruchou autistického spektra v rámci klinické logopedie. Cíl byl rozdělen do pěti hypotéz, první se týkala počtu klientů s diagnózou PAS v ordinacích klinických logopedů ve Středních Čechách a v Praze; druhá komparace kompetencí klinických logopedů, kteří mají praxi v oboru méně či více než 10 let; třetí výskytu nejčastější diagnózy v ordinacích klinické logopedie; čtvrtá interdisciplinární spolupráce a pátá využívání alternativní a augmentativní komunikace v klinické logopedii.

Práce je rozdělena na dvě části, které celkem obsahují 5 kapitol. Druhá část, praktická, se zabývala samotným výzkumem.

Lze konstatovat, že cíl rigorózní práce byl splněn. Z pěti hypotéz se následně čtyři potvrdily. Kliničtí logopedi ve Středních Čechách mají v péči více klientů s PAS, než kliničtí logopedi v Praze; kliničtí logopedi, jejichž praxe v oboru je méně než 10 let se cítí dostatečně kompetentní než kliničtí logopedi, kteří uvádějí praxi déle než 10 let; v péči klinických logopedů se častěji vyskytuje diagnostická kategorie dětského autismu, než atypický autismus a kliničtí logopedi využívají pro práci s klienty s poruchami autistického spektra spíše piktogramy než komunikační systém VOKS. Nepotvrdila se hypotéza, že kliničtí logopedi v rámci interdisciplinární péče spíše spolupracují se speciálním pedagogem, než psychologem.

Stanovený cíl se podařilo naplnit i zejména díky spolupráci s klinickými logopedy, z nichž někteří můj úmysl chválili a chtějí se seznámit s výsledky, popř. se domluvit na další spolupráci. Přínos rigorózní práce pro logopedickou a speciálně pedagogickou praxi vidím hlavně v informaci, jak je logopedická intervence u klientů s PAS důležitá. Dalším přínosem je popis konkrétních kroků při logopedické intervenci v ordinaci klinické logopedie u dětí s PAS a podrobnější představení komunikačního systému VOKS. Je zřejmé, že teoretický základ by měli kliničtí logopedi získat při studiu na vysoké škole, ale vzhledem k akceleračním poznatkům ve zkoumané oblasti,

se získávání vědomostí stává celoživotní záležitostí. Také z výsledků vyplynulo, že kliničtí logopedi se v problematice autismu orientují a uvědomují si, kde je potřeba zacílit a co je v rozvoji komunikace nejdůležitější.

Závěrem lze konstatovat, že narušená komunikační schopnost u osob s PAS je problematikou komplikovanou, nesmírně širokou a oblastí nabízející prostor pro další výzkumná šetření.

5 Seznam použitých informačních zdrojů

Seznam použité literatury

- AMARAL, D. G.; DAWSON, G.; GESCHWIND, D. H. *Autism Spectrum Disorders*. Oxford University Press: 2011. ISBN: 978-0-19-537142-6.
- ATKINSON, R. *Psychologie*. Praha: Portál, 2003. ISBN: 80-7178-640-3.
- ATTWOD, T. *Aspergerův syndrom. Porucha sociálních vztahů a komunikace*. Praha: Portál, 2005. ISBN: 80-7178-979-8.
- BAZALOVÁ, B. *Poruchy autistického spektra v kontextu České psychopedie*. Brno: MU, 2012. ISBN 978-80-210-5930-6.
- BERANOVÁ, I.; THOROVÁ, K. Psychodiagnostika. In: HRDLÍČKA, M.; KOMAREK, V. *Dětský autismus*. Praha: Portál, 2004, s. 72–89. ISBN: 80-7178-813-9.
- BEYER, J.; GAMMELTOFT, L. *Autismus a hra: příprava herních aktivit pro děti s autismem*. Praha: Portál, 2006. ISBN 80-7367-157-3.
- BONDY, A., FROST, L. *Vizuální komunikační strategie v autismu*. Praha: Grada, 2007. ISBN: 978-80-247-2053-1.
- BOWLBY, J. *Vazba. Teorie kvality raných vztahů mezi matkou a dítětem*. Praha: Portál, 2010. ISBN: 978-80-7367-670-4.
- BUNTOVÁ, D., TICHÁ, E. Autismus. In: KEREKRÉTIOVÁ, A. *Základy logopedie*. Bratislava: Univerzita Komenského, 2009. ISBN 978-80-223-2574-5.
- BYTEŠNÍKOVÁ, I. In: PIPEKOVÁ, J. et al. *Kapitoly ze speciální pedagogiky*. Brno: Paido, 2010. ISBN: 978-80-7315-198-0.
- ČADILOVÁ, V., JŮN, H., THOROVÁ, K. a kol. *Agrese u lidí s mentální retardací a autismem*. Praha: Portál, 2007. ISBN: 978-80-7367-319-2.
- ČADILOVÁ, V., ŽAMPACHOVÁ, Z. *Strukturované učení*. Praha: Portál, 2008. ISBN: 978-80-7367-475-5.
- ČÁP, J.; ČECHOVÁ, V.; ROZSYPALOVÁ, M. 1992. *Psychologie I*. Praha: SPN. ISBN: 80-04-26627-4.
- ČERMÁK, L. *Numerické metody*. Brno: PC-DIR, 1998. ISBN 80-214-1178-3.
- DE CLERG, H. *Mami, je to člověk, nebo zvíře?* Praha: Portál, 2007. ISBN: 978-7367-2355-5.

- DEVITO, J. A. *Základy mezilidské komunikace*. Praha: Grada, 2001. ISBN: 80-7169-988-8.
- DEVITO, J., A. *Základy mezilidské komunikace*. Praha: Grada, 2008. ISBN 978-80-247-2018-0.
- DOHERTY-SNEDDON, G. *Neverbální komunikace dětí*. Praha: Portál, 2005. ISBN: 80-7367-043-7.
- DVOŘÁK, J. *Logopedický slovník*. Žďár n. S.: Logopedické centrum, 1998.
- DVOŘÁK, J. *Logopedický slovník*. 2. upravené a rozšířené vydání. Žďár nad Sázavou: Logopedické centrum, 2001. ISBN 80-902536-2-8.
- EISENMAJER, R., PRIOR, M. et al. *Comparison of Clinical Symptoms in Autism and Asperger Syndrome*. Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry: 1996.
- FREITAG, CH. *Autismus – Spektrum – Störungen*. Munchen: Ernst Reinhard Verlag, 2008. ISBN 978-3-497-01900-7.
- GAVORA, P. *Úvod do pedagogického výzkumu*. Brno: Paido, 2000. ISBN 80-85931-79-6.
- GAVORA, P. *Učitel a žáci v komunikaci*. Brno: Paido, 2005. ISBN: 80-7315-104-9.
- GILLBERG, CH.; PEETERS, T. *Autismus – zdravotní a výchovné aspekty*. Praha: Portál, 2003. ISBN: 80-7176-856-2.
- GRIFFIN, S.; SANDLER, D.; 300 her pro děti s autismem. Praha: Portál, 2012. ISBN: 978-80-262-0177-9.
- HARTL, P.; HARTLOVÁ, H. *Velký psychologický slovník*. Praha: Portál, 2010. ISBN: 978-80-7367-686-5.
- HENDL, J. *Úvod do kvalitativního výzkumu*. Praha: Karolinum, 1997. ISBN 80-7184-549-3.
- HENDL, Jan. *Kvalitativní výzkum: základní metody a aplikace*. Praha: Portál, 2005. ISBN 80-7367-040-2.
- HOLMANOVÁ, D. In: ŠKODOVÁ, E., JEDLIČKA, I. a kol. *Klinická logopedie*. Praha: Portál, 2007. ISBN: 978-80-7367-340-6.
- HORT, V.; HRDLIČKA, M.; KOCOURKOVÁ, J.; MALÁ, E. *Dětská a adolescentní psychiatrie*. Praha: Portál, 2000. ISBN: 80-7178-472-9.
- HOWLIN, P. *Autismus u dospívajících a dospělých*. Praha: Portál, 2005. ISBN: 80-7367-041-0.

- HOWLIN, P. In: LAWSON, W. *Život za sklem: osobní výpověď ženy s Aspergerovým syndromem*. Praha: Portál, 2008. ISBN: 978-80-7367-389-5.
- HRDLÍČKA, M.; KOMÁREK, V. *Dětský autismus*. Praha: Portál, 2004. ISBN: 80-7178-813-9.
- JANOVCOVÁ, Zora. *Alternativní a augmentativní komunikace*. Brno: Masarykova univerzita, 2010. ISBN 978-80-210-5186-7.
- JANOTOVÁ, D. *Psychiatrie – minimum pro praxi*. Praha: Triton, 2006. ISBN 80-7254-746-1.
- JELÍNKOVÁ, M. *Autismus I. – problémy komunikace dětí s autismem*. Praha: IPPP ČR, 1999.
- JELÍNKOVÁ, M. *Vzdělávání a výchova dětí s autismem*. Praha: UK, 2001. ISBN 80-7290-042-0.
- JELÍNKOVÁ, M. *Autismus – pervazivní vývojové poruchy*. Praha: Autistik, 2010. ISBN neuvedeno.
- KAUFMAN, B. *Son-Rise. Zázrak pokračuje*. Bratislava: Barracuda, 2005. ISBN: 80-969237-8-1.
- KITTEL, A. *Myofunkční terapie*. Praha: Grada, 1999. ISBN: 80-7169-6.
- KIRKPATRICK, D. L.: *Techniques for Evaluating Programs: Části 1, 2, 3a 4 – Evaluating Training Programs*. ASTD, 1997. ISBN 1-57675-042-6.
- KLENEROVÁ, V., HYNE, S. Neurobiologie autismu. *Psychiatrie: časopis pro moderní psychiatrii*. 2008, roč. 13, č. 2. ISSN 1211-7579.
- KLENKOVÁ, J. *Logopedie*. Praha: Grada, 2006. ISBN: 80-247-1110-9.
- KLENKOVÁ, J., BOČKOVÁ, B., BYTEŠNÍKOVÁ, I. *Kapitoly pro studenty logopedie*. Brno: Paido, 2012. ISBN: 978-80-7314-229-1.
- KLENKOVÁ, J. *Logopedie*. In PIPEKOVÁ, J. et al. *Kapitoly ze speciální pedagogiky*. Brno: Paido, 2010. ISBN: 978-80-7315-198-0.
- KLIMEŠ, L. *Slovník cizích slov*. Praha: Státní pedagogické nakladatelství, 2002. ISBN: 14-575-86.
- KNAPCOVÁ, M. *Výměnný obrázkový komunikační systém – VOKS*. Praha: Institut pedagogicko- psychologického poradenství ČR, 2006. ISBN: neuvedeno.
- KRUK-LASOCKA, J. *Z problematyki autyzmu*. Wrocław: Uniwersytet Wrocławski, 1994. ISBN: 83-229-1046-0.
- KUTÁLKOVÁ, D. *Vývoj dětské řeči krok za krokem*. Praha: Grada, 2005. ISBN: 80-247-1026-9.

- KUTÁLKOVÁ, D. *Logopedická prevence*. Praha: Portál, 1999. ISBN: 80-7178-361-7.
- KUTÁLKOVÁ, D. *Budu správně mluvit – chodíme na logopedii*. Praha: Grada, 2011. ISBN: 978-80-247-3687-7.
- LANGMEIER, J., KREJČÍŘOVÁ, D. *Vývojová psychologie*. Praha: Grada, 2006. ISBN: 80-247-1284-9.
- LAUDOVÁ, L. Alternativní a augmentativní komunikace. In ŠKODOVÁ, E., JEDLIČKA, I. a kol. *Klinická logopedie*. Praha: Portál, 2007. ISBN: 978-80-7367-340-6
- LAWSON, W. *Život za sklem: osobní výpověď ženy s Aspergerovým syndromem*. Praha: Portál, 2008. ISBN: 978-80-7367-389-5.
- LECHTA, V. a kol. *Terapie narušené komunikační schopnosti*. Praha: Portál, 2005. 392 s. ISBN: 80-7178-961-5.
- LECHTA, V a kol. *Terapie narušené komunikační schopnosti*. 2. vydání. Praha: Portál, 2011. ISBN 978-80-7367-901-9.
- LECHTA, V. a kol. *Logopedické repetitorium. Teoretické východiska súčasnej logopédie, moderné prístupy k logopedickej starostlivosti o osoby s narušenou komunikačnou schopnosťou*. Bratislava: Slovenské pedagogické nakladateľstvo, 1990. ISBN 80-08-00447-9.
- LECHTA, V. *Symptomatické poruchy řeči u dětí*. Praha: Portal, 2002. ISBN 80-7178-572-5.
- LECHTA, V. a kol. *Diagnostika narušené komunikační schopnosti*. Praha: Portál, 2003. ISBN: 80-7178-801-5.
- LECHTA, V. *Logopedické repetitorium*. Bratislava: SPN, 1988. ISBN: 80-08-00447-9.
- LECHTA, Viktor. *Symptomatické poruchy řeči u dětí*. 2. vydání. Praha: Portál, 2008. s. 192. ISBN 978-80-7367-433-5.
- LEJSKA, M. *Poruchy verbální komunikace a foniatrie*. Brno: Paido, 2003. 156 s. ISBN: 80-7315-038-7.
- LUDÍKOVÁ, L. a kol. *Kombinované vady*. Olomouc: Univerzita Palackého, 2005. ISBN 80-244-1154-7.
- LYNCH, CH.; KIDD, J. *Cvičení pro rozvoj řeči: prevence a náprava poruch komunikace u mladších dětí*. Praha: Portál, 2010. ISBN: 978-80-7367-699-5.
- MAREŠ, J., KŘIVOHLAVÝ, J. *Komunikace ve škole*. Brno: Masarykova univerzita v Brně, 1995. ISBN: 55-210-1070-3.

- MATZIES, M. *Sozialtraining für Menschen mit Autismus-Spektrum-Störungen*. Stuttgart: Kohlhammer, 2010. ISBN-10:3-17-020681-8.
- Mezinárodní klasifikace nemocí – 10. revize. Duševní poruchy a poruchy chování. Popis klinických příznaků a diagnostická vodítka*. Praha: Psychiatrické centrum, 2006. ISBN: 80-85121-11-5.
- MIKULÁŠTÍK, M. *Komunikační dovednosti v praxi. 2., doplněné a přepracované vydání*. Praha: Grada, 2010. ISBN 978-80-247-2339-6.
- MIOVSKÝ, I. *Kvalitativní přístup a metody v psychologickém výzkumu*. Praha: Grada, 2006. ISBN 80-247-1362-4.
- MLČÁKOVÁ, R. Osoby s narušenou komunikační schopností. In: MICHALÍK, J. a kol. *Zdravotní postižení a pomáhající profese*. Praha: Portal, 2011. ISBN 978-80-7367-859-3.
- MOOR, J. *Hra a zábavné činnosti pro děti s autismem. Praktické nápady pro každý den*. Praha: Portál, 2010. ISBN: 978-80-7367787-9.
- MUSIL, J. *Klinická psychologie a psychiatrie: přehled pro studenty teologie a pedagogiky*. Olomouc: Univerzita Palackého, 2006. ISBN: 80-244-1153-9.
- MÜLLER, O., a kol. *Terapie ve Speciální pedagogice*. Praha: Grada, 2014. ISBN: 978-80-247-4172-7.
- NAKONEČNÝ, M. *Základy psychologie osobnosti*. Praha: Management Press, 1993. ISBN 80-85603-34-9.
- NELEŠOVSKÁ, A. *Pedagogická komunikace v teorii a praxi*. Praha: Grada, 2005. ISBN: 80-247-0738-1.
- NESNÍDALOVÁ, R. *Extrémní osamělost*. Praha: Portál, 1995. ISBN: 80-7178-024-3.
- NESNÍDALOVÁ, R. In: HRDLIČKA, M.; KOMÁREK, V. *Dětský autismus*. Praha: Portál, 2004. ISBN: 80-7178-813-9.
- NEUBAUER, K. *Logopedie: učební text pro bakalářské studium speciální pedagogiky*. Hradec Králové: Gaudeamus, 2010. ISBN 978-80-7435-053-5.
- NOVÁK, A. *Vývoj dětské řeči*. Vlastním nákladem, 1999.
- OPATŘILOVÁ, D. In: PIPEKOVÁ, J. et al. *Kapitoly ze speciální pedagogiky*. Brno: Paido, 2010. ISBN: 978-80-7315-198-0.
- OŠLEJŠKOVÁ, H. Časné klinické projevy autismu v dětství a mládí jsou klíčem k včasné diagnóze. *Pediatric pro praxi*, č. 3, 2008, s. 161–163. ISSN: 1803-526.
- PÁTÁ, P. K. *Mé dítě má autismus*. Praha: Grada, 2008. ISBN: 978-80-247-2683-0.

- PATRICK, N., J. *Rozvíjení sociálních dovedností lidí s poruchami autistického spektra. Typy a strategie pro každodenní život*. Praha: Portál, 2011. ISBN: 978-80-7367-867-8.
- PEČEŇÁK, J. Diagnostika dětského autismu. In: LECHTA, V. *Diagnostika narušené komunikační schopnosti*. Praha: Portál, 2003, s. 262–274. ISBN: 80-7178-801-5.
- PEETERS, T. *Autismus od teorie k výchovně-vzdělávací intervenci*. Praha: Scientia, 1998. ISBN: 80-7183-114-X.
- PEUTELSCHMIEDOVÁ, A. *Logopedické poradenství*. Praha: Grada, 2009. ISBN: 978-80-246-2666-3.
- PEUTELSCHMIEDOVÁ, A. *Logopedické minimum*. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, 2003. ISBN 80-244-0258-0.
- PIPEKOVÁ, J. et al. *Kapitoly ze speciální pedagogiky*. Brno: Paido, 2010. ISBN: 978-80-7315-198-0.
- PLAŇAVA, I. *Průvodce mezilidskou komunikací*. Praha: Grada, 2005. ISBN: 80-247-08058-2.
- PREKOPOVÁ, J. *Pevné objetí*. Praha: Portál, 2009. ISBN: 978-80-7367-614-8.
- PRŮCHA, J., WALTEROVA, E., MAREŠ, J. *Pedagogický slovník*. Praha: Portál, 2003. ISBN: 80-7178-772-8.
- RABOCH, J., PAVLOVSKÝ, P., JANOTOVÁ, D. *Psychiatrie. Minimum pro praxi*. Praha: Triton, 2006. ISBN 80-7254-746-1.
- RENOTIÉROVÁ, M., LUDÍKOVÁ, L. *Speciální pedagogika*. Olomouc: UP, 2004, s. 9-30. ISBN 80-244-0873-2.
- RICHMAN, S. *Výchova dětí s autismem*. Praha: Portál, 2006. ISBN: 80-7367-102-6.
- ŘÍČAN, P.; KREJČÍŘOVA, D. *Dětská klinická psychologie*. Praha: Grada, 2006. ISBN: 80-247-1049-8.
- ŘÍHOVÁ, A. *Logopedická intervence u dítěte s poruchou autistického spektra*. Olomouc: Univerzita Palackého, Pedagogická fakulta. Ústav specialněpedagogických studií, 2009. Vedoucí diplomové práce: Kateřina Vitásková.
- SCHNEIDEROVÁ, A., SCHNEIDER, M. *Komunikační dovednosti*. Ostrava: Ostravská univerzita v Ostravě, 2010. ISBN: 978-80-7368-268-2.
- SCHOPLER, E.; MESIBOV, G. *Autistické chování*. Praha: Portál, 1997. ISBN: 80-7178-133-9.
- SCHOPLER, E., REICHER, R. J., LANSINGOVA, M. *Strategie a metody výuky dětí s autismem a dalšími vývojovými poruchami*. Praha: Portál, 1998. ISBN 80-7178-199-1.

- SIGMAN, M., CAPPS, L. *Autismus bei Kindern. Ursachen, Erscheinungsformen und Behandlung*. Bern: Hans Huber, 2000. ISBN 3-456-83494-2.
- SOVÁK, M. *Defektologický slovník*. Praha: Státní pedagogické nakladatelství, ISBN neuvedeno.
- SOVÁK, Miloš. *Logopedie předškolního věku*. Praha: SPN, 1984. ISBN neuvedeno.
- SOVAK, M. *Logopedie předškolního věku*. Praha: SPN, 1989. ISBN neuvedeno.
- STRAUSSOVÁ, R.; KNOTKOVÁ, M.; MÁTLOVÁ, I. *Obrázkový slovník sociálních situací pro děti s poruchou autistického spektra*. Praha: Apla, 2010. ISBN: 978-80-254-9477-6.
- STRAUSSOVÁ, R.; KNOTKOVÁ, M. *Průvodce rodičů dětí s poruchou autistického spektra*. Praha: Portál, 2011. ISBN: 978-80-262-0002-4.
- SVOBODA, M., KREJČÍŘOVÁ, M., VAGNEROVÁ, M. *Psychodiagnostika dětí a dospívajících*. Praha: Portál, 2001. ISBN 80-7178-545-8.
- ŠEDIBOVÁ, A. *ABC autistické triady*. Bratislava: Merkur Print, 1998. ISBN: 80-967754-1-3.
- ŠIMIČKOVÁ-ČÍŽKOVÁ, J. *Přehled sociální psychologie*. Olomouc: Vydavatelství Univerzity Palackého v Olomouci, 2004. ISBN: 80-244-0929-1.
- ŠKODOVÁ, E., JEDLIČKA, I. a kol. *Klinická logopedie*. Praha: Portál, 2007. ISBN: 978-80-7367-340-6.
- ŠTĚPÁN, J., PETRÁŠ, P. *Logopedie v praxi*. Praha: Septima, 1995. ISBN: 80-85801-61-2.
- ŠVAŘÍČEK, R.; ŠEĐOVÁ, K. *Kvalitativní výzkum v pedagogických vědách*. Praha: Portál, 2007. ISBN 978-80-7367-313-0.
- THOROVÁ, K. *Poruchy autistického spektra*. Praha: Portál, 2006. ISBN: 80-7376-091-7.
- THOROVÁ, K. *Poruchy autistického spektra. Včasná diagnóza branou k účinné pomoci*. Praha: Asociace pomáhající lidem s autismem – Apla Praha, 2008. Informační příručka.
- THOROVÁ, K. *Poruchy autistického spektra*. Praha: Portál, 2012. ISBN 978-80-262-0215-8.
- THOROVÁ, K. In: HRDLÍČKA, M.; KOMÁREK, V. *Dětský autismus*. Praha: Portál, 2004. ISBN: 80-7178-813-9.
- VÁGNEROVÁ, M. *Základy psychologie*. Praha: Karolinum, 2007. ISBN: 978-80-0841-9.

- VALENTA, M. a kol. *Přehled speciální pedagogiky a školská integrace*. Olomouc: Vydavatelství Univerzity Palackého v Olomouci, 2003. ISBN 80-244-0698-5.
- VALENTA, M. *Mění se paradigma české speciální pedagogiky a alternativní přístupy k edukaci žáků se speciálními potřebami*. In RENOTIÉROVÁ, M., LUDÍKOVÁ, L. *Speciální pedagogika*. Olomouc: UP, 2004. ISBN 80-244-0873-2.
- VERMEULEN, P. *Autistické myšlení*. Praha: Grada, 2006. ISBN 80-247-1600-3.
- VITÁSKOVÁ, K., PEUTELSCHMIEDOVÁ, A. *Logopedie*. Olomouc: Univerzita Palackého, 2005. ISBN 80-244-1088-5.
- VOCÍLKA, M. *Autismus a možnosti výchovné praxe*. Praha: Septima, 1995. ISBN: 80-85801-58-2.
- VOCÍLKA, M. *Autismus*. Praha: Tech Market, 1996. ISBN 80-902134-3-X.
- VOCÍLKA, M. In: ŘÍHOVÁ, A. *Logopedická intervence u dítěte s poruchou autistického spektra*. Olomouc: Univerzita Palackého, Pedagogická fakulta. Ústav specialněpedagogických studií, 2009.
- VOLKMAN, A. In: ČADILOVÁ, V., JŮN, H., THOROVÁ, K. a kol. *Agrese u lidí s mentální retardací a autismem*. Praha: Portál, 2007. ISBN: 978-80-7367-319-2.
- VOSMIK, M.; BĚLOHLÁVKOVÁ, L. *Žáci s poruchou autistického spektra v běžné škole*. Praha: Portál, 2010. ISBN: 978-80-7367-687-2.
- VYBÍRAL, Z. *Psychologie komunikace*. Praha: Portál, 2005. ISBN: 80-7178-998-4.
- VYŠTEJN, J. *Vady výslovnosti*. Praha: Státní pedagogické nakladatelství, 1991. ISBN: 14-350-87.
- WING, L. Reflections on Opening Pandora's Box. *Journal of Autism and Developmental Disorders*. 2005, roč. 35, č. 2, s. 197 – 203. ISSN 0162-3257. [Dostupné z databáze MEDLINE with Full Text].
- ZEZULKOVÁ, E. *Logopedická prevence v předškolním věku*. Ostrava: Ostravská univerzita v Ostravě, 2007.

Seznam použitých elektronických zdrojů

- AKL (Asociace klinických logopedů) – Adresář pracovišť klinické logopedie (2014) [online]. c2014 [cit. 19.10.2014]. Dostupný na World Wide Web: <http://www.klinickalogopedie.cz/index.php?pg=verejnost--adresar-logopedickych-pracovist>

APA (Americká psychiatrická asociace) - Autism: Sensing the World in Different Ways (2016) [online]. c2016 [cit. 17.5.2016]. Dostupný na World Wide Web: <https://www.psychiatry.org/news-room/apa-blogs/apa-blog/2016/04/autism-sensing-the-world-in-different-ways>

APA (Americká psychiatrická asociace) - What I wish I knew when my daughter was first diagnosed with autism (2011) [online]. c2015 [cit. 11.10.2015]. Dostupný na World Wide Web: <https://www.psychiatry.org/news-room/apa-blogs/apa-blog/2015/08/what-i-wish-i-knew>

APLA Praha a Střední Čechy (Nautis) – E-brožury a letáky o službách Apla [online]. c2016 [cit. 18.4.2016]. Dostupný na World Wide Web: http://www.praha.apla.cz/index.php?option=com_phocadownload&view=category&id=7%3Ae-brozury&Itemid=42

C) T) A) Centrum terapie autismu – Kurzy a semináře [online]. c2015 [cit. 23.8.2015]. Dostupný na World Wide Web: <http://www.cta.cz/kurzy-a-seminare/>

NÚV (Národní ústav pro vzdělávání) – Rámcový vzdělávací program pro obor vzdělání základní škola speciální (2013) [online]. c2015 [cit. 10.12.2015]. Dostupný na World Wide Web: <http://www.nuv.cz/file/134>

ŠVP (školní vzdělávací plán) od Jana – Školní vzdělávací plán (2010) [online]. c2015 [cit. 29.12.2015]. Dostupný na World Wide Web: <http://www.zsspecmb.cz/soubory/SVP.pdf>

ŠVP (školní vzdělávací plán) od Adama V. - Školní vzdělávací plán (2010) [online]. c2015 [cit. 29.12.2015]. Dostupný na World Wide Web: <http://www.skoladebr.cz/clanek-proc-si-vybrat-prave-nasi-skolu-37-15>)

Thorová, K. – Komplexní diagnostika autismu (2007) [online]. [cit. 6.1.2015]. Dostupný na World Wide Web: <http://www.autismus.cz/diagnostika/index.php>

Vzdělávací kurzy, semináře

Kurz myofunkční terapie (Carpe diem Bohemia s.r.o., Praha, 4.-5.10. 2013). Vedený Mgr. Jitkou Kaulfussovou, další odborníci: MUDr. Magdaléna Koťová, PhD.; MUDr. Rami Katra a Mgr. Lenka Sobotková.

Kurz VOKS – výměnný obrázkový systém (Praha, 22.-23.11. 2013). Lektorky: PhDr. Margita Knapcová, Mgr. Marcela Jarolímová a Mgr. Nataša Habarta Alešová.

Specializační kurz v klinické logopedii – specializační výcvik (Praha, 2.-6.5. 2016). Přednáška na téma Poruchy komunikace z hlediska psychiatrie – autismus, lektorka: MUDr. Patricie Kollárová.

Kurz Poruchy autistického spektra (Institut postgraduálního vzdělávání ve zdravotnictví, Praha, 14.5.2016). Lektorky: MUDr. Patricie Kollárová, Mgr. Romana Straussová, Mgr. Lucie Laudová, Mgr. Barbora Richtrová.

6 Seznam použitých tabulek, grafů a obrázků

Seznam tabulek

Tabulka č. 1: Komparace klasifikačních systémů MKN-10 a DSM-IV

Tabulka č. 2: Diagnostická kritéria pro dětský autismus podle MKN-10 (10. revize, Praha, Psychiatrické centrum 1992)

Tabulka č. 3: Počet odeslaných a vrácených dotazníků elektronickou formou a Českou poštou

Tabulka č. 4: Počet oslovených klinických logopedů prostřednictvím emailové komunikace s prosbou o účast ve výzkumu

Tabulka č. 5: Délka praxe klinických logopedů

Tabulka č. 6: Délka praxe/práce s osobami s poruchami autistického spektra

Tabulka č. 7: Místo výskytu pracoviště

Tabulka č. 8: Pořadí oblastí nutných k rozvoji klienta s PAS

Tabulka č. 9: Získávání informací o problematice PAS

Tabulka č. 10: Spokojenost se získanými informacemi o PAS

Tabulka č. 11: Účast na kurzu, semináři týkajícího se problematiky PAS

Tabulka č. 12: Postoj k informovanosti

Tabulka č. 13: Forma získávání informací o dané problematice

Tabulka č. 14: Deficitní jazyková rovina

Tabulka č. 15: Četnost klientely s PAS

Tabulka č. 16: Nejčastější diagnostická kategorie

Tabulka č. 17: Interdisciplinární spolupráce

Tabulka č. 18: Využití alternativní a augmentativní komunikace (dále AAK)

Tabulka č. 19: Alternativní a augmentativní komunikace

Tabulka č. 20: Četnost odpovědí na otázku č. 14

Tabulka č. 21: Četnost odpovědí na otázku č. 15

Tabulka č. 22: Přehled logopedické intervence (Jaroslav)

Tabulka č. 23: Srovnání jednotlivých jazykových rovin a percepčí na začátku logopedické péče a po 5,5 letech intenzivní logopedické intervence (Jaroslav)

Tabulka č. 24: Přehled logopedické intervence (Marek)

Tabulka č. 25: Srovnání jednotlivých jazykových rovin a percepčí na začátku logopedické péče a po 2,5 roce intenzivní logopedické intervence (Marek)

Tabulka č. 26: Přehled logopedické intervence (Adam K.)

Tabulka č. 27: Srovnání jednotlivých jazykových rovin a percepčí na začátku logopedické péče a po 5,5 letech intenzivní logopedické intervence (Adam K.)

Tabulka č. 28: Přehled logopedické intervence (Jan)

Tabulka č. 29: Srovnání jednotlivých jazykových rovin a percepčí na začátku logopedické péče a po 6,5 letech intenzivní logopedické intervence (Jan)

Tabulka č. 30: Přehled logopedické intervence (Adam V.)

Tabulka č. 31: Srovnání jednotlivých jazykových rovin a percepčí na začátku logopedické péče a po 1 roce, 7 měsících intenzivní logopedické intervence (Adam V.)

Seznam grafů

Graf č. 1: Grafické znázornění tabulky č. 5

Graf č. 2: Grafické znázornění tabulky č. 6

Graf č. 3: Grafické znázornění tabulky č. 7

Graf č. 4: Grafické znázornění tabulky č. 8

Graf č. 5: Grafické znázornění nejčastějších odpovědí (shrnutí tabulky č. 9)

Graf č. 6: Grafické znázornění tabulky č. 10

Graf č. 7: Grafické znázornění tabulky č. 11

Graf č. 8: Grafické znázornění tabulky č. 12

Graf č. 9: Grafické znázornění tabulky č. 13

Graf č. 10: Grafické znázornění tabulky č. 14

Graf č. 11: Grafické znázornění tabulky č. 15

Graf č. 12: Grafické znázornění tabulky č. 16

Graf č. 13: Grafické znázornění tabulky č. 17

Graf č. 14: Grafické znázornění tabulky č. 18

Graf č. 15: Grafické znázornění tabulky č. 19

Graf č. 16: Poměr klinických logopedů ve Středních Čechách a v Praze.

Graf č. 17: Znalosti klinických logopedů podle délky jejich praxe

Graf č. 18: Komparace výskytu diagnóz v ordinacích klinické logopedie

Graf č. 19: Interdisciplinární spolupráce

Graf č. 20: Formy AAK využívány klinickými logopedy při práci s klienty s PAS

Seznam obrázků

Obrázek č. 1: Triáda postižených oblastí vývoje u poruch autistického spektra

Obrázek č. 2: kategorizace

Obrázek č. 3: tvary

Obrázek č. 4: serialita

Obrázek č. 5: emoce

Obrázek č. 6: otázka složená na komunikačním

Obrázek č. 7: odpověď na otázku z obr. č. 6

Obrázek č. 8: využití VOKSu při úkolu

Obrázek č. 9: využití VOKSu při úkolu

Obrázek č. 10: rozvoj jemné motoriky a zrakové percepce

Obrázek č. 11: vizualizace počtu úkolů

7 Seznam zkratek

apod.	a podobně
atd.	a tak dále
č.	číslo
např.	například
obr.	obrázek
PAS	porucha autistického spektra
PPP	pedagogicko psychologická poradna
př.	příklad
s.	strana
SPC	speciálně pedagogické centrum
tab.	tabulka
tzv.	takzvaný

8 Přílohy



Obr. č. 2: kategorizace



Obr. č. 3: tvary



Obr. č. 4: serialita



Obr. č. 5: emoce



Obr. č. 6: otázka složená na komunikačním proužku



Obr. č. 7 – odpověď na otázku z obr. č. 6



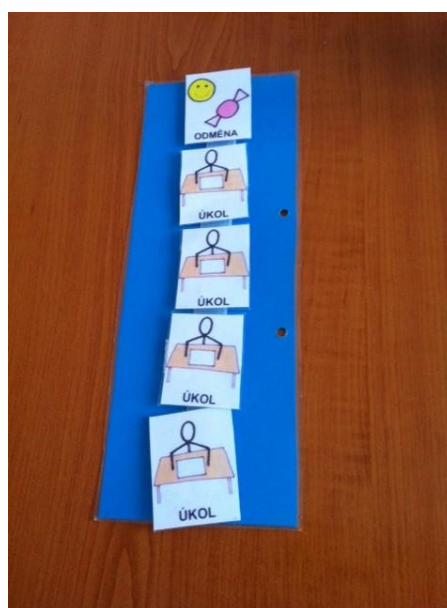
Obr. č. 8: využití VOKSu při úkolu



Obr. č. 9: využití VOKSu při úkolu



Obr. č. 10: rozvoj jemné motoriky
A zrakové percepce



Obr. č. 11: vizualizace počtu
úkolů

Dotazník pro klinické logopedy

1. Jaká je délka Vaší praxe?

- a) méně než 5 let
- b) 5-10 let
- c) 10-15 let
- d) více než 15 let

2. Jaká je délka Vaší praxe s osobami s poruchami autistického spektra?

- a) méně než 5 let
- b) 5-10 let
- c) 10-15 let
- d) více než 15 let

3. Co je podle při logopedické intervenci u dětí s PAS nejdůležitější? Seřad'te dle Vašich zkušeností (stupnice 1-6):

(1 = nejdůležitější)

- a) iniciovat funkční komunikaci
- b) korigovat agresivní chování
- c) podporovat sociální chování
- d) odbourat stereotypní činnosti
- e) rozvíjet představivost
- f) zařadit osoby s PAS do společnosti
- g) jiný důvod:

4. Kde jste získal/a informace o problematice poruch autistického spektra?

- a) při studiu na VŠ

- b) absolvováním odborných kurzů, seminářů
- c) samostudiem odborné literatury
- d) jinou cestou:
- e) nezískala jsem informace o dané problematice

5. Zdají se Vám získané informace dostačující? Zaznačte svou spokojenost na stupnici 1 – 5 (naprosto nedostatečné – naprosto dostatečné)

1 2 3 4 5

6. Uveďte, zda jste absolvoval/a či právě absolvujete vzdělávací kurz nebo seminář zaměřený na práci s osobami s PAS? Popř. napište jaký.

7. Myslíte si, že by bylo třeba větší informovanosti a proškolení klinických logopedů o problematice poruch autistického spektra?

- a) ano
- b) ne

Pokud ano, jakou formou?

- a) další kurz AKL ČR
- b) vzdělávací kurzy APLY zahrnuté do celoživotního vzdělávání, ohodnocené kredity
- c) mezinárodní konference
- d) pouze samostudiem odborné literatury
- e) jinou formou:

8. Máte v péči klienty s PAS?

Pokud ne, dotazník dále nevyplňujte.

a) ano

b) ne

9. Kolik máte v současné době v péči klientů s PAS? Uveďte přesný počet.

10. Která diagnostická kategorie je u osob s PAS ve Vaší praxi nejčastější?

(možno označit více odpovědí)

a) dětský autismus

b) atypický autismus

c) Aspergerův syndrom

d) jiná desintegrační porucha v dětství

e) Rettův syndrom

f) hyperaktivní porucha spojená s mentální retardací a stereotypními pohyby

g) jiné pervazivní vývojové poruchy

h) pervazivní vývojová porucha nespecifikovaná

11. Spolupracujete s některým níže uvedeným odborníkem v rámci interdisciplinární péče?

(možno označit více odpovědí)

a) neurolog

b) psychiatr

c) pediatr

d) psycholog

- e) speciální pedagog
- f) jiná osoba:
- g) nespolupracuji s žádným odborníkem

12. Využíváte při práci s klientem s PAS některou z forem alternativních a augmentativní komunikace?

- a) ano
- b) ne

Pokud ano, jakou:

- a) zástupné předměty
- b) piktogramy
- c) trojrozměrné symboly
- d) fotografie
- e) Bliss symboly
- f) PECS
- g) VOKS
- h) Makaton
- i) jinou (prosím uveďte):

13. Co je dle Vašich zkušeností při práci s klienty s PAS nejnáročnější?

14. Uveďte prosím další připomínky, náměty, ...

Otázky polostrukturovaného rozhovoru

Otázky pro speciální pedagogy:

Jaká je Vaše praxe v letech?

Jaké je Vaše vzdělání? Vzdělání – vysokoškolské (obor, specializace)?

Kolik máte ve třídě dětí? Kolik z nich má diagnostikovanou poruchu autistického spektra?

Absolvoval/a jste nějaký kurz týkající se komunikace dětí s poruchami autistického spektra?

Spolupracujete s jinými odborníky o dané problematice?

Je v základní škole speciální, kde pracujete zaměstnán školský logoped (pozn. speciální pedagog se státní závěrečnou zkouškou z logopedie)?

Jak se nazývá Váš školní vzdělávací plán? A jakým způsobem se zaměřuje na rozvoj komunikace dětí s poruchami autistického spektra?

Můžete přiblížit, jak je zohledněn rozvoj komunikace v individuálním vzdělávacím plánu konkrétního dítěte?

Jaká forma alternativní a augmentativní komunikace je pro komunikaci s dětmi s poruchami autistického spektra využívána?

Jak ... (jméno dítěte) zvládá písemnou formu komunikace?

Jak ... (jméno dítěte) rozumí sdělení?

Jak ... (jméno dítěte) reaguje na sdělení?

Jak ... (jméno dítěte) vyjadřuje své pocity a prožitky a žádosti?

Otázky pro rodiče:

Jaká forma komunikace je s dítětem využívána?

Kdo vybral komunikační systém dítěte?

Jste s vybraným komunikačním systémem spokojení?

Jak Vaše dítě rozumí sdělení?

Jak Vaše dítě reaguje na sdělení?

Jak Vaše dítě vyjadřuje své pocity, prožitky a žádosti?

Máte nějaké další zkušenosti, které se týkají rozvoje komunikace u dětí s autismem?

Jaká máte doporučení pro ostatní rodiče dětí s autismem?